

טופס תביעה לביטוח תאונות אישיות

יש להעביר את הטופס מיד לחברה אך לא יאוחר מ-15 יום מהארוע.

א. פרטים אישיים											
שם הסוכן		מס' הפוליסה		בעל הפוליסה		שם הנפגע		ת.ז.		גיל	
כתובת				טלפון		נייד					
מקום עבודה		תפקיד בעבודה		טלפון		האם הנך שכיר		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>		עצמאי	
מקום המקרה		שעה		תאריך המקרה/תאונה							
ב. תאור המקרה											
<input type="radio"/> תאונה <input type="radio"/> מחלה תאור התאונה/מחלה:											
עדים למקרה: שם כתובת טלפון											
ג.											
האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן פוליסה מספת חברת ביטוח											
ד.											
אני חבר בקופת חולים סניף מספר חבר											
ה.											
טיב ומידת הפציעה/מחלה											
כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים מיום עד נעדרתי מעבודתי באופן מלא מיום עד עבדתי חלקית מתאריך עד האם סבלת בעבר מפגיעה/מחלה דומה? ציין שמו וכתובתו של הרופא או המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה ציין שמו וכתובתו של הרופא המטפל בך עכשיו בקשר עם התאונה/מחלה הנ"ל אם עדיין לא החלמת מהפגיעה שסבלת או ציין מצבך											
יש לצרף אישור מקום העבודה על העדרות לתקופה האמורה לעיל.											
ו. רצ"ב אישורים											
<input type="radio"/> אישור רפואי		<input type="radio"/> אישור בית חולים		<input type="radio"/> אישור ממקום עבודה		<input type="radio"/> אישור מהמוסד לביטוח לאומי					
ז. פרטי חשבון בנק											
מוצהר ומסוכם בזאת כי זיכוי חשבון הבנק כמפורט לעיל או קבלת המחאה ישמש כאישור לקבלת סכום התביעה ולסילוקה											
שם בעל החשבון		ת.ז.		שם הבנק		שם הסניף		מס' חשבון		מס' בנק	

הריני להצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי לא העלמתי כל עובדה.									
תאריך		שם פרטי ומשפחה		ת.ז.		כתובת		<input checked="" type="checkbox"/> חתימה	
תאריך		שמו וכתובתו של העד לחתימה						<input checked="" type="checkbox"/> חתימה	