

## בעל הפוליסה

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	מס' ת.ז.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	כתובת מגורים	<input type="text"/>		אימייל <input type="text"/>		
<input type="text"/>	טל' בבית	<input type="text"/>	טל' עבודה	<input type="text"/>	טל' נייד <input type="text"/>	

## תובע

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	מס' ת.ז.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	כתובת מגורים	<input type="text"/>		אימייל <input type="text"/>		
<input type="text"/>	טל' בבית	<input type="text"/>	טל' עבודה	<input type="text"/>	טל' נייד <input type="text"/>	
<input type="text"/>	עיסוק/מקצוע	<input type="text"/>	שם מקום העבודה	<input type="text"/>	כתובת <input type="text"/>	
<input type="text"/>	מהות העסק	<input type="text"/>	תאור התפקיד	<input type="text"/>		

## ארוע

<input type="text"/>	תאריך הארוע	<input type="text"/>	שעת הארוע	<input type="text"/>	מקום	<input type="text"/>
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						

המוסד בו קיבל הנפגע טיפול ראשוני

שמות המוסדות הרפואיים בהם טופל בעקבות התאונה :

<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	שם המוסד
----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------	----------

**הצהרה בדבר אוטאופורוזיס** יש למלא רק בתביעות בגין שברים (חובה למלא חלק זה)

האם הינך חולה / סובל מאוטאופורוזיס?  כן  לא

האם עברת / ביצעת בעבר בדיקת אוטאופורוזיס?  כן  לא



# שאלון תביעה (תאונות אישיות)

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם האירוע נגרם כתוצאה מתאונת דרכים?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם האירוע קרה במקום העבודה / בדרך לעבודה / בחזרה מהעבודה?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם דווח למשטרה?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם האירוע נגרם כתוצאה מפגיעה פלילית?
<input type="text"/>	מס' תיק	<input type="text"/>	פרטי תחנת משטרה - שם תחנה

## אשפוז

המוסדות בהם אושפז התובע (יש לצרף אישורים)

<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	שם המוסד
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	שם המוסד
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	שם המוסד

<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	אובדן כושר עבודה מלא:
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	אובדן כושר עבודה חלקי:

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	מבטח אחר	במידה וכן:	<input type="text"/>	שם חברת הביטוח
<input type="text"/>	מס' תביעה	<input type="text"/>	מס' פוליסה	מוסדות אחרים / רשויות אחרות?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	פרוט	<input type="text"/>	האם הוגשה תביעת נכות למוסד לביטוח לאומי?	במידה וכן, נא לצרף אסמכתא

פרטי חשבון בנק של התובע (לצורך העברה בנקאית במידה והתביעה תוכר)

<input type="text"/>	מס' חשבון	<input type="text"/>	מס' סניף	<input type="text"/>	בנק
----------------------	-----------	----------------------	----------	----------------------	-----

על מנת שנוכל להבטיח כי הטיפול בתביעה יהיה מדויק ועילי, אנא אשר באמצעות חתימתך את נכונות הפרטים בשאלון זה.

אני מאשר בזאת כי כל הפרטים המופיעים בטופס זה הינם נכונים ומדויקים.

<input type="text"/>	חתימה	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	שם מלא
<input type="text"/>	חתימה	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	שם האם
<input type="text"/>	חתימה	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	שם האב



כל השירותים זמינים עבורך בכל עת
   
 באזור האישי שלך << aig.co.il

מבלי לפגוע בזכויות | מבלי להכיר באחריות | מבלי לפגוע בטענת התיישנות

שאלון תביעה - תאונות אישיות | עמוד 2/2

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25, קריית מטלון, ת.ד. 535 פתח-תקווה 4910001
   
 מכירות טל': 1-800-400-400 מייל: sales@aig.co.il | שירות תביעות וחיידושים, טל': 03-9272300
   
 שירות וחיידושים, מייל: service@aig.co.il | תביעות מייל: claims@aig.co.il | מוקד שירותי זהב טל': 1-800-430-430