

טופס תביעה לביטוח תאונות אישיות
אין בקבלת טופס זה משום הודאה באחריות החברה

שם הסוכן	מס' פוליסה	בעל הפוליסה	שם הנפגע	תעודת זהות	תאריך לידה
המען: רחוב	מס' הבית	ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
מקום עבודה	תפקיד בעבודה	האם הנך שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	פקס	טלפון בעבודה	
תאריך מקרה התאונה	שעה	מקום המקרה			
דוא"ל (לכתובת מייל זו ישלחו הדיוורים ממנורה)* _____@_____					
* במידה והינך מעוניין לקבל דיוורים בדרך אחרת, נא סמן את הדרך הרצויה <input type="radio"/> פקס שמספרו _____ <input type="radio"/> דואר ישראל (יש להזין רק במידה ושונה מהכתובת שצוינה מעלה) במידה והינך מיוצג ע"י עו"ד, המכתבים ישלחו למען העו"ד בלבד.					

<input type="radio"/> תאונה <input type="radio"/> מחלה	
תאור התאונה/מחלה	
סיבת ומידת הפגיעה/מחלה	
במקרה של תאונת דרכים נא לציין מס' רישוי _____ חברה מבטחת _____	
מה היו תוצאות תאונה/מחלה _____	
עדים למקרה	שם כתובת טלפון
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם כתובת טלפון
האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	האם הוגשה תביעה למבטח נוסף? פרט: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
פרט: _____	פרט: _____
אני חבר בקופת חולים	סניף שם רופא מטפל
נעדרתי מעבודתי באופן מלא	מיום עד יום
עבדתי חלקית	מתאריך עד תאריך משעה עד שעה
האם סבלת בעבר מפגיעה/מחלה דומה? נא פרט: _____	
כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים	מיום: _____ בי"ח: _____ מחלקה: _____
שם וכתובת רופא / מוסד רפואי שהגיש עזרה ראשונה _____	
ציין שמו וכתובתו של הרופא המטפל כך עכשיו בקשר עם התאונה/המחלה הנ"ל _____	
אם עדיין לא החלמת מפגיעה, נא ציין מצבך _____	
האם הגשת בעבר תביעה לפי הפוליסה הנ"ל <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח/ת (יש לצרף צילום המחאה מבוטלת של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)					
שם בעל החשבון	תעודת זהות	שם הבנק	מס' הבנק	מס' חשבון	
שם הסניף	מס' הסניף	כתובת הסניף	טלפון הסניף		
הערות: _____					

הצהרת המבוטח/ת			
הריני להצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי לא העלמתי כל עובדה.			
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות
כתובת			<input checked="" type="checkbox"/> חתימה

הצהרת המבוטח/ת - אישור קבלת תכתובות מהמבטח באמצעות הסוכן	
הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר לעניין בהקשר לתביעה זו.	
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הכיסוי שנתבע

מבוטח/ת יקר/ה,
<p>לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג כיסוי שנתבע:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח/ת. יש להקפיד למלא את כל הפרטים ולחתום במקומות הרלוונטים. 2. מסמך רפואי מיום האירוע המתעד את התאונה שארעה. 3. מסמכים רפואיים נוספים המתעדים את אופן הפגיעה. במקרה בו מדובר בתאונה שארע בחו"ל יש להמציא תיעוד רפואי מחו"ל. 4. אישורי אי כושר עבודה מומחה בתחום הרלוונטי. 5. אישור היעדרות ממקום העבודה לשכירים. 6. היסטוריה רפואית. 7. במקרה של תאונה שהיא גם תאונת דרכים ישלהמציא אישור משטרה. 8. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית. 9. ככל שהינך עצמאי נא העבר תצהיר על היעדרות שנחתם בפני עו"ד. 10. תלושי שכר (ככל שהכיסוי בפוליסה כפוף לאובדן השתכרות).