

# טופס תביעה לביטוח תאונות אישיות

משרד ראשי: הטיבים 23 פ"ת 4959381  
טל: 03-9258000 פקס: 03-9249588  
www.shomera.co.il



חברה  
לביטוח

יש להעביר טופס זה מלא וחתום למחלקת תביעות גוף וחבויות

## פרטי המבוטח

|              |              |                |   |  |     |
|--------------|--------------|----------------|---|--|-----|
| שם הסוכן     | מספר הפוליסה | בעל הפוליסה    | שם הנפגע  | מס' ת"ז  | גיל |
| כתובת הנפגע  | מס' טלפון    | מס' טלפון נייד | תפקיד בעבודה  | שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> |     |
| תאריך התאונה | שעה          | מקום עבודה     | עזור לנו לשמור על כדור הארץ!<br>אני מסכים לקבל משומרה תכתובות בקשר לתביעה באמצעות דוא"ל:<br>@ |  |     |

## תאור המקרה

|  |              |       |       |
|--|--------------|-------|-------|
| תאונה <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> | מקום התאונה: |       |       |
| תאור קצר של אופן התרחשות התאונה:                             |              |       |       |
| עדים למקרה:  | שם           | כתובת | טלפון |
| שם   | כתובת        | טלפון |       |

## פרטי פגיעה / מחלה

|  |   |                              |   |
|--|---|------------------------------|---|
| מהות הפגיעה / מחלה:  |   |                              |   |
| כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים: מתאריך                          | עד תאריך  | שם בי"ח                      |   |
| נעדרתי מעבודתי באופן מלא: מתאריך                                     | עד תאריך  | סה"כ                         |   |
| עבדתי חלקית: מתאריך  | עד תאריך  | משעה                         | עד שעה  |
| האם סבלת בעבר מפגיעה/ מחלה דומה, נא פרט:                             |   |                              |   |
| ציין שמו וכתובתו של הרופא או המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה:          |   |                              |   |
| ציין שמו וכתובתו של הרופא המטפל בך עכשיו בקשר עם התאונה/ המחלה הנ"ל: |   |                              |   |
| אם עדיין לא החלמת מהפגיעה, נא ציין מצבך:                             |   |                              |   |
| האם הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי                                    | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | האם הגשת תביעה לפוליסה נוספת | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| שם קופת חולים  | שם רופא משפחה / כללי                                    | מס' חבר                      | סוג פוליסה  |

## יש לצרף את המסמכים הבאים

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> כל התיעוד הרפואי הרלוונטי | <input checked="" type="checkbox"/> אישורי אי כושר | <input checked="" type="checkbox"/> אישור מקום העבודה על העדרות |
|---|--|---|

## פרטי חשבון בנק

אני מבקש משומרה חברה לביטוח בעמ לשלם לי את תגמולי הביטוח המגיעים לי עפ"י הפוליסה שפרטיה לעיל באמצעות העברה בנקאית לחשבון הבנק שלי שפרטיו כדלקמן:

|               |         |         |               |           |
|---------------|---------|---------|---------------|-----------|
| שם בעל החשבון | מס' ת"ז | שם הבנק | מס' בנק וסניף | מס' חשבון |
|---------------|---------|---------|---------------|-----------|

## הצהרת המבוטח

הריני להצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי לא העלמתי כל עובדה

|                |                    |   |  |
|----------------|--------------------|---|--|
| תאריך          | שם ושם משפחה       | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| שם מוסר ההודעה | תאריך מסירת ההודעה | שם ממלא הטופס                             | חתימת ממלא הטופס <input checked="" type="checkbox"/> |