

# טופס תביעה לתאונות אישיות

עם קבלת טופס זה, אין החברה מקבלת על עצמה על כל התחייבות שהיא יש להשיב על הטופס הנ"ל ולהחזירו לחברה ללא כל דיחוי, בצרוף מסמכים רפואיים מקוריים



**פרטי המבוטח/נפגע** \_\_\_\_\_ **מס' תביעה :** \_\_\_\_\_  
פוליסה מס' \_\_\_\_\_ בעל הפוליסה \_\_\_\_\_  
שם המבוטח (הנפגע) \_\_\_\_\_ ת. לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ת. זהות \_\_\_\_\_  
כתובת מגוריו רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
טל' \_\_\_\_\_ טל' נייד \_\_\_\_\_ מקצוע \_\_\_\_\_  
שם המעסיק וכתובתו במקום העבודה \_\_\_\_\_

**נא להציא אישור העדרות ממקום העבודה.**

## נסיבות פרטי התאונה/מחלה

תאריך התאונה/מחלה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ מקום \_\_\_\_\_  
כיצד קרתה התאונה (ציין במפורש): \_\_\_\_\_

שמות עדי ראיה לתאונה, נא ציין שמותיהם וכתובתם \_\_\_\_\_

## פרטי הטיפול הרפואי

א. הימים בהם היית משולל כושר עבודה מוחלט: \_\_\_\_\_  
סה"כ ימים \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ב. הימים בהם היית משולל כושר עבודה חלקי: \_\_\_\_\_  
סה"כ ימים \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ג. תאריך חזרה לעבודה סדירה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ האם התביעה סופית? כן/לא  
ד. ציין שמו וכתובתו של הרופא/ים המטפל \_\_\_\_\_  
זכאי לקבל פיצויים ממקור אחר, כן / לא, פרט: \_\_\_\_\_  
האם נפגעת בעבר? כן / לא פרוט הפגיעה/אזור שנפגע \_\_\_\_\_  
האם הגיש המבוטח / נפגע בעבר תביעה לפי פוליסה זו? כן / לא, פרט: \_\_\_\_\_  
האם הגשת או בדעתך להגיש תביעה לתשלום דמי פגיעה אל המוסד לביטוח לאומי? כן / לא  
אם כן, באיזה סניף \_\_\_\_\_

## אישור לנסיבות ע"י מנהל הקבוצה /מאמן/רכז/אחר :

שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ חתימה/חותמת \_\_\_\_\_

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים דלעיל הנם נכונים ואמיתיים ולא הסתרתי מהחברה אינפורמציה כלשהיא בקשר לתביעה הנ"ל.

תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח / נפגע \_\_\_\_\_