

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

במידה וכן, יש לצרף מסמכים רפואיים לעניין זה.

האם עברת / ביצעת בעבר בדיקת אוטאופורוזיס? כן לא

במידה וכן, יש לצרף תוצאות בדיקה זו.

<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	<input type="text"/>	במידה וכן:
<input type="text"/>	שם חברת הביטוח	<input type="text"/>	מס' פוליסה
<input type="text"/>	מוסדות אחרים/רשויות אחרות?	<input type="text"/>	פרוט
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם הוגשה תביעת נכות למוסד לביטוח לאומי?	<input type="text"/>	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"/>	שם מלא	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה
במקרה והנפגע קטין (על האפוטרופוסים לחתום):					
<input type="text"/>	שם האם	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה
<input type="text"/>	שם האב	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה