

## 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

|   |                                      |   |  |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <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 |