

מבוטח נכבד

מצ"ב טפסי תביעה לביטוח תאונות אישיות – לעובדי בנק פועלים ו/או בני זוגם

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך יש לצרף את המסמכים הבאים:

1. לענות על כל השאלות בטופס ולחתום במקומות המסומנים.
2. לצרף כל מסמך שיש ברשותך הקשרו לפגיעה, כגון: תעודת שחרור מחדר מיון, סיכום ביקור במרפאה וכיו"ב.
3. יש לצרף אישור מגורם רפואי ראשוני שבדק את המבוטח בסמוך לאירוע.
4. באם מדובר על תאונת דרכים יש לצרף אישור משטרה.
5. באם מדובר בתאונת עבודה יש לצרף טופס ב.ל. 250 חתום ע"י המעסיק.
6. יש לצרף אישור מחלה קריא עם חותמת הרופא וחתימתו הכולל **אבחנה מפורטת**. תעודה ללא אבחנה רפואית לא תסופל!
7. יש להעביר אישור על היעדרות ממקום העבודה. ניתן לפנות לחשב השכר בבנק לצורך זה.
8. במקרה תאונה של בן/בת הזוג:
 - במידה ובן/בת הזוג שכירים – יש להמציא אישור ההיעדרות ממקום העבודה.
 - במידה ובן/בת הזוג עצמאיים – יש להעביר אישור רואה חשבון.
 - במידה ובן/בת הזוג אינם מחזיקים בעבודה – יש להעביר אישור רופא מומחה בתחום של הפגיעה או ממוסד רפואי מוכר כי רתוק למיטתו או לביתו ו/או מוסד רפואי/שיקומי/סיעודי.
9. צילום צ'ק לאימות פרטי החשבון או אישור ניהול חשבון מהבנק.
10. ויתור סודיות רפואית חתום ע"י עד (עו"ד, עובד סוציאלי, רופא, אחות או פסיכולוג)

חשוב מאד!

ע"פ תנאי הפוליסה: תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה, לרבות בערכאות, היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. למרות האמור לעיל, מניין תקופת ההתיישנות במקרה של נכות, הן בנכות צמיתה והן בנכות חלקית צמיתה, יחל ממועד תחילת גיבושה של הנכות.

- בכפוף לתנאי פוליסת "מגן אישי"

הריני לאשר כי קראתי בעיון את הנספח המצורף

חתימה

תאריך

שם ומשפחה

העתק: חב' הביטוח – מחלקת תביעות

בברכה,

מרזז סוכנות לביטוח בע"מ

טופס תביעה בגין תאונה אישית או מחלה

מספר הפוליסה: _____ שם הסוכן: _____ מרוז סוכנות לביטוח
 שם המבוטח: _____ שם מעביד: _____
 כתובת פרטית: _____ כתובת מעביד: _____
 מס' טלפון: _____ מס' טלפון מעביד: _____

תביעה בגין מחלה	תביעה בגין תאונה
1. תאריך תחילת המחלה: _____	1. תאריך התאונה: _____ שעה: _____
2. מהות המחלה: _____	2. מקום התאונה: _____
3. האם סבלת ממחלה זו קודם לכן? (נא פרט) _____	3. תאור נסיבות התאונה: _____
4. הייתי מרותק לביתי כתוצאה ממחלה זו _____	4. במידה והיו עדים שמם וכתובתם: _____
מ: _____ עד: _____	(א) _____
5. שמו וכתובתו של הרופא המטפל: _____	(ב) _____
	(ג) _____
	5. היכן הוגשה עזרה ראשונה? _____
	6. לא עבדתי בגין התאונה: _____
	מ: _____ עד: _____
	7. האם הוגשה תביעה בגין התאונה לחברת ביטוח כלשהי? (נא לפרט) _____
	8. סניף המוסד לביטוח לאומי אליו הוגשה תביעה בגין התאונה: _____

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים
 תאריך: _____ חתימה: _____

תאריך :
בתשובה נא לציין :
תביעה מס' :
מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד

ג.א.נ.,

הנדון : מקרה ביטוח מתאריך :
פוליסה מס' : ע"ש

דיווח על פרטי חשבון בנק לצורך העברה בנקאית

על מנת שנוכל להעביר ישירות לחשבונך כל תשלום אשר יימצא כי הנך זכאי לו בגין התביעה הנדונה, נא חתום על ההצהרה הבאה.

הריני להצהיר כי להלן פרטי חשבון הבנק שלי לצורך העברה בנקאית :

מס' ת.ז. (כולל ספרת ביקורת)				שם בעל החשבון		
מס' בנק		מס' סניף		מס' חשבון	שם הסניף	שם הבנק

דואר אלקטרוני	כתובת למשלוח הודעות בנוגע לטיפול בתביעה זו			
	מיקוד	שם הישוב	מס' בית	רחוב
פקס'				

ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי ובחבות הביטוחית.

תאריך	שם מלא	חתימה

במקרה ומדובר בחברה יש לצרף למסמך זה צילום ברור של המחאה או אישור בנק על פרטי החשבון של החברה.

ללא מלוי הפרטים הנ"ל, לא ניתן לבצע את התשלום בהעברה בנקאית.

פרטי ת.ז. או ח.פ. הינם תנאי הכרחי גם לצורך תשלום באמצעות המחאה.

באם קיים עיקול/שיעבוד לתביעה זו, עד להסרתו, לא נוכל לשלם את תביעתך במידה ונמצא כי אכן מגיע לך תשלום בגינה. יש לשלוח טופס זה רק לאחר הסרת השיעבוד/העיקול.

נא שלחו מסמך זה לפקס מחלקת התביעות, אגף אלמנטרי - 03-5663969

העתק :
סוכן הביטוח :