

תביעה - הודעה על מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה

נא למלא את הפרטים בכתב קריא

הנני מעוניין/ת להגיש תביעה בגין (נא סמן X במשבצת המתאימה):
 מוות כתוצאה מתאונה ☐ נכות מלאה או חלקית (צמיתה) כתוצאה מתאונה ☒ שברים עקב תאונה ☐ כוויות כתוצאה מתאונה ☐
 מצב סיעודי כתוצאה מתאונה ☐ אשפוז בבית חולים כתוצאה מתאונה ☐ כיסויים נוספים עקב תאונה ☐

מספר פוליסה	סוק	מס' סוק
-------------	-----	---------

1. פרטים מזיהים של המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	מיקצוע / עיסוק
מאיר	דני	308237395	12/1/1993	רנטניא
כתובת	רחוב	מס' בית	ישוב	טלפון
553-כין		25	ראשון לציון	0544432741

2. פרטים על מקום העבודה

שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה
בית חולים בלזיס	רחוב לבוסינסקי 67	03-9370000

3. פרטים על האירוע / תאונה / פגיעה

היכן נפגעת בגופך	תאריך קבלת הטיפול הראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
רסן שמאל	7:30	ד"ר דניאל מאיר
תאריך האירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה / פגיעה
4/9/23	6:30	חניון סופרים בלזיס (רח' אנסן/סיוורה) 67

4. פירוט האירוע / התאונה / הפגיעה (יש לציין בפירוט רב ככל הניתן)

התאונה התרחשה כאשר הייתי בדרך לחדר המיון, נפלתי על הרצפה ונפצעתי בראש וברגליי. הייתי לבד, לא היה לי שום אדם עימי. הייתי בדרך לחדר המיון ונפצעתי על הרצפה. הייתי לבד, לא היה לי שום אדם עימי.

5. פרטים רפואיים

שם קופת החולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית החולים המטפל
מכבי	רחוב	ד"ר דניאל מאיר	בית בלזיס
שמות רופאים מטפלים נוספים	כתובתם	תאריך טיפול	
1. ד"ר אילן סגל	1. מר. דניאל מאיר	1. 3/10/23, 12/9/23, 5/9/23	
2.	2.	2.	

רופא המיון
מכבי
מכבי

האם הינך מאושפז בבית חולים? ☒ לא ☐ כן, פרט
 האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? ☒ לא ☐ כן, פרט

6. ביטוחים נוספים

האם תבעת או הנך עומדת לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנ"ל?	שם הגורם ההנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים
☐ לא ☒ כן, פרט	בית אלה			גאל ספריה

7. במקרה של תביעה לפיצוי סיעודי

1. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך?	☒ כן ☐ לא, פרט
2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך?	☒ כן ☐ לא, פרט
3. האם אתה מסוגל להתרחץ/להתגלח בכוחות עצמך?	☒ כן ☐ לא, פרט
4. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך?	☒ כן ☐ לא, פרט
5. האם אתה מרחוק לכסא גלגלים או למיטה?	☒ כן ☐ לא, פרט
6. האם אתה שולט על הסוגרים?	☒ כן ☐ לא, פרט

הצהרה ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כי תשעתי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי ולא בקשר עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי החוק העלמות פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות תגרס לדחיית התביעה ולא לשלילת זכות לפיצוי ע"י הפוליסה.

אבקש להעביר את תגמולי הביטוח אם וכלל שמגיעים לי או למי מבני משפחתי	מס' סניף	שם הסניף	מס' חשבון	ע"ש
לבנק	555	הפס	578704	דני מאיר
תאריך	ת.ז.	חתימה		
	308237395			

מינוי סוכן לטיפול בתביעה

אני הח"מ (המבוטח) ממנה את סוכן/ת הביטוח	מ.ר.	לשמש כשלוחי לכל דבר ועניין
הנוגע לתביעה זו לטפל בשמי ועבורי בכל הנוגע לתביעה זו לרבות הגשת מסמכים לאילן חברה לביטוח בע"מ וקבלת מסמכים מאילן חברה לביטוח בע"מ.	חתימה	
תאריך	ת.ז.	
22/10/23	308237395	