

הודעה על תאונה - תאונות אישיות לספורטאים

תביעות מסוג נכות צמיתה מתאונה, אבדן כושר עבודה והחזר הוצאות כתוצאה מתאונת ספורט

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
הקפד למלא הטופס באופן מדויק ומלא.

נבקשך להעביר אלינו טופס זה והמסמכים המבוקשים בסעיף ה' להלן באמצעות סוכן הביטוח שלך (בכפוף למילוי פסקת מינוי סוכן בחלק ח' של הטופס) או ישירות לחברתנו:

■ מחלקת תביעות חיים, סיעוד ותאונות אישיות,
בדואר: רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן, מיקוד 5211802.

פוליסות המבוטח	(1)	(2)	(3)
----------------	-----	-----	-----


א פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	יישוב	מספר פקס
שם מקום העבודה שאינו האגודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי
מקצוע / משלח יד שאינו בתחום הספורט		דואר אלקטרוני	Email
שם קופת החולים	סניף	כתובת	
שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל		
<p>פרטיי האישיים הנוכריים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מורה בזאת להראל לעדכן את פרטיי האישיים בכל רישומיה, בהתחשב במידע המעודכן שמסרתי לעיל. מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת.</p> <p>תאריך: חתימת המבוטח: </p> <p>לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.</p>			

<p>ב פרטים על עבודה</p> <p>האם שינית את המקצוע/העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן.</p> <p>אם כן, נא פרט את המקצוע החדש:</p> <p>ומתי התחלת לעבוד בו:</p>
--

<p>ג פרטים על התאונה</p> <p>1. מתי ארעה התאונה?</p> <p>2. תאר את פרטי המקרה?</p> <p>3. האם זו תאונת עבודה? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא</p> <p>4. א. נא ציין תקופת אי כושר עבודה מלא מתאריך ועד תאריך סה"כ ימים.</p> <p>ב. נא ציין תקופת אי כושר עבודה חלקי מתאריך ועד תאריך סה"כ ימים.</p> <p>5. במידה והנך תובע נכות צמיתה. נא ציין את אחוז הנכות בהתאם לחוות דעת המומחה או החלטת המוסד לביטוח הלאומי:</p>
--

<p>ד פרטים על ביטוחים נוספים</p> <p>האם יש לך ביטוחים נוספים המכסים נכות צמיתה עקב תאונה? יש לציין פרטים (שם החברה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי)</p>

<p>ה חובה לצרף לטופס ההודעה את האישורים הרשומים מטה - ללא המצאתם יוחזר הטופס לספורטאי וההודעה לא תטופל.</p> <p>1. כל האישורים הרפואיים של הנפגע (סיכום מחלה מבית חולים). 2. אישור רופא מומחה. 3. תעודת אי כושר עבודה וכד'.</p> <p>4. קבלות מקוריות על תשלום עבור טיפול רפואי או טיפול שיניים. 5. אישור האגודה על תקופת היעדרות בגינה נדרש פיצוי, וכן אישור מעביד שאינו האגודה על תקופת היעדרות בגינה נדרש פיצוי.</p>

<p>ו אישור יו"ר / מנהל האגודה (בעלי זכות חתימה)</p> <p>הנני מאשר כי התובע הוא ספורטאי / פעיל באגודה וכי שמו נכלל ברשימות הביטוח וכי כל הפרטים הרשומים לעיל בדבר נסיבות הפגיעה הינם מלאים ונכונים.</p> <p>שם האגודה או הסניף (חובה לציין)</p> <p>שם החותם: תפקיד החותם: טלפון: חתימה וחותמת: </p>
--

<p>ז אישור הנהלת הקבוצה</p> <p>הננו מאשרים בזאת כי מר/גב' מבטחים במסגרת הפוליסה. חתימה: </p>
--