

מבלי לפגוע בזכויות

אגף תביעות

הראל חברה לביטוח

בית הראל, אבא הלל 3

רמת גן 5211802

פקס 03-7348177

מספר למסרונים 052-3254199

דוא"ל tviot.hova@harel-ins.co.il

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעתך, נבקשך למלא את הטופס ולהעבירו חתום ומלא על כל פרטיו באמצעות פקס, דואר או כתובת הדוא"ל ע"פ הפרטים המופיעים בראש הטופס, בצרוף מסמכים רפואיים רלבנטיים.

מספר רישוי של הרכב		שם משפחה		שם פרטי
תאריך לידה		שם האב	שם האם	
		טלפון בבית		
טלפון נייד		☐ מקצוע או משלח יד		☐ עצמאי
		☐ שכיר		
שם מעביד		טלפון מעביד		
שכר חודשי		☐ כללית		
..... ברטו / נטו		☐ מכבי		
		☐ לאומית		
		☐ מאוחדת		
תאריך התאונה		המקום המדויק		
		שעה		
תאור התאונה				
.....				
.....				
.....				
.....				
האם נגרם נזק לרכב? ☐ לא ☐ כן, אם כן - פרט.....				
.....				
האם הרכב מבוטח בחברתנו? ☐ לא ☐ כן				
האם נמסרה הודעה למשטרה? ☐ לא ☐ כן, איזו נפה..... מס' יומן.....				
האם התאונה ארעה בדרך לעבודה / בחזרה מהעבודה / בזמן העבודה / אחר, פרט.....				
האם נמסרה הודעה לבטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן, לסניף.....				
האם נפגעת בתאונה? ☐ לא ☐ כן, אם כן - מה מהות הפגיעה/ות ואיברי הגוף שנפגעו? נא לצרף מסמכים רפואיים רלבנטיים, ככל שיש.				
.....				
.....				
האם נעדרת מהעבודה / לימודים בעקבות התאונה? ☐ לא ☐ כן, תקופת העדרות.....				
קבלתי טיפול ראשוני / אושפזתי בביה"ח..... למשך..... ימים				
האם שהית בחופשת מחלה? ☐ לא ☐ כן, אם כן - למשך..... ימים				
האם נפגעת בתאונה קודמת? ☐ לא ☐ כן, אם כן בתאריך..... / / , מהות הפגיעה.....				
חברת הביטוח המטפלת.....				
תאריך..... שם הנהג.....				
מספר תעודת זהות של ממלא הבקשה (9 ספרות) שם ממלא הבקשה.....				