

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 פרטיי באמצעות פקס, דואר או כתובת הדוא"ל ע"פ הפרטים המופיעים בראש הטופס, בצרוף מסמכים רפואיים רלבנטיים.

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

01/2018 b1296/20814 ביטוח הראל

