



תאריך: _____

טופס תביעה

אנא מלאו את הטופס ושלחו למייל הבא: alona@nechalim-ins.com או לפקס: 077-4449606
בצירוף קבלות וניירת רפואית

שם פרטי ושם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____

תאריך האירוע: _____

פרטי האירוע הרפואי:

פרוט סכומי התביעה והמטבע בו שולמה התביעה:

פרטי חשבון בנק בישראל:
