



הודעה על תביעה - תאונה לפי פוליסת תאונות אישיות - חברי קיבוצים

א. פרטים על בעל הפוליסה

שם הקיבוץ	כתובת הקיבוץ	מספר הפוליסה
שם המטפל בביטוח	מספר הטלפון	מספר הפקס
	כתובת דואר אלקטרוני	

ב. פרטים על הנפגע

שם משפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך לידה	תפקיד/מקצוע
כתובת (כולל מיקוד)		הנפגע (סמן ✓ בעיגול המתאים והשלם)		
		<input type="radio"/> חבר משק <input type="radio"/> מועמד <input type="radio"/> חייל <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אחר - _____		

ג. נסיבות התאונה

תאריך התאונה	שעת התאונה	מקום התאונה/האירוע
רשום פרטים מלאים של המקרה:		
<hr/> <hr/> <hr/>		
פרטים על הפגיעה (חלקי הגוף אשר נפגעו):		
<hr/> <hr/>		
שם הרופא או המוסד שהגיש את העזרה הראשונה	האם הנפגע אושפז בבית-חולים	שם בית החולים
	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
האם הנפגע שב לשגרת חיי/לעבודה מלאה/חלקית ומתי?	אם לא, מתי צפויה חזרתו?	
פרטי האנשים שהיו עדי ראייה לתאונה		
שם	כתובת	מספר הטלפון
_____	_____	_____
שם	כתובת	מספר הטלפון
_____	_____	_____
האם היתה חקירה על-ידי רשות כלשהי?		
מצורפים לזה המסמכים הרפואיים:		
<hr/> <hr/>		

לתשומת לבכם:

- פוליסה זו מעניקה פיצוי לנכות צמיתה הנובעת מתאונה, בתנאי ששיעור הנכות לא יקטן מ-15%, וכן למקרה של מות המבוטח כתוצאה מתאונה.
- בכל תאונה העלולה לגרום לנכות צמיתה יש למלא ולשלוח טופס זה לא יאוחר מ-30 ימים מקרות האירוע, ולא להמתין לקבלת מלוא החומר הרפואי.
- מאחר והפוליסה מחריגה כל תאונה אשר מזכה את הנפגע בקבלת פיצוי, הן במסגרת חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים והן במסגרת חוק הביטוח הלאומי תאונות עבודה, אין למלא את הטופס לגבי תאונות דרכים ותאונות עבודה שגרתיות.
- בכל מקרה של ספק בהגדרת תאונה, אנא שילחו את הטופס ואנו נבדוק את הכיסוי בהמשך.
- מצ"ב טופס "ויתור על סודיות רפואית" אשר יש לצרפו, במידת האפשר, לטופס ההודעה חתום בידי הנפגע.

הערות:

חתימת בעל הפוליסה או בא כוחו _____

תאריך _____