

# ביטוח חקלאי

## הודעה על תביעה - תאונה לפי פוליסה צד ג'

### א. פרטי המבוטח - בעל הפוליסה

שם המבוטח		מספר זהות/תאגיד	
שם המטפל בביטוח		מספר טלפון	
מספר הפקס	מספר טלפון נייד	כתובת המבוטח	
אני מבקש לעדכן כתובת דואר אלקטרוני להתקשרות עימי לצרכי תביעה זו:			
סוג העסק		מספר הפוליסה	
האם הנך אזרח ותיק (מעל גיל 67)? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן    במידה וצוין כן, אנא ציין תאריך לידה מלא: _____			

### ב. פרטי הנופגע או בעל הרכוש הניזוק

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה
כתובת הנופגע	מספר הטלפון	מספר נייד	
הנופגע הוא: <input type="radio"/> קטין <input type="radio"/> חבר משק <input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> קבלן <input type="radio"/> גוף אחר    פרטי העיסוק והמקצוע: _____			

### ג. נסיבות התאונה ופרטיה

תאריך התאונה	שעת התאונה	מקום התרחשות התאונה
רשום פרטים מלאים של נסיבות המקרה/התאונה: _____ _____ _____		
סיבת התאונה: _____ _____		
הגורם לתאונה:	השם המלא	כתובת
מספר הטלפון		
תיאור הנזק שנגרם לנופגע ו/או לרכוש צד ג': _____ _____		
האם נמסרה הודעה למשטרה?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, שם התחנה: _____ מספר תיק יומן: _____	
האם נמסרה הודעה לקופת החולים?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, שם המרפאה: _____ שם הרופא המטפל: _____	
האם הנופגע אושפז?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, שם בית החולים: _____	

### ד. עדי ראייה

שם המלא	הכתובת המלאה	מספר הטלפון

### ה. הערות כלליות


### ו. הצהרת המבוטח

אני מצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ואמיתיים וכן שלא העלמתי ולא השמטתי שום פרט.
--



חתימת המבוטח  
או בא-כוחו

חותמת  
המבוטח

תאריך