

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

א. פרטים על בעל הפוליסה

שם הקיבוץ	כתובת הקיבוץ		מספר פוליסה
שם המטפל בביטוח	מספר טלפון	מספר פקס	כתובת דואר אלקטרוני
אני מבקש לעדכן כתובת דואר אלקטרוני להתקשרות עימי לצרכי תביעה זו:			
האם הנך אזרח ותיק (מעל גיל 67)? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן במידה וצויין כן, אנא ציין תאריך לידה מלא: _____			

ב. פרטים על הנפגע

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה
כתובת (כולל מיקוד)		מספר הטלפון	מספר נייד
הנפגע הוא: <input type="radio"/> חבר משק <input type="radio"/> מועמד <input type="radio"/> חייל <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אחר: _____		פרטי העיסוק והמקצוע	

ג. נסיבות התאונה

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

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 הכיסי בהמשך.
- מצ"ב טופס "ויתור על סודיות רפואית" אשר יש לצרפו, במידת האפשר, לטופס ההודעה חתום בידי הנפגע.

הערות

--



חתימת המבוטח או בא-כוחו

תאריך