



א. פרטים על בעלת הפוליסה

שם הקיבוץ	כתובת הקיבוץ	מספר פוליסה
שם המטפלת בביטוח	מספר טלפון	מספר פקס
כתובת דואר אלקטרוני		

ב. פרטים על הנפגעת

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	תאריך לידה	תפקיד/מקצוע
כתובת (כולל מיקוד)	הנפגעת (בחר המתאים והשלם)			
	חבר משק	מועמד	חייל	הורה
				אחר

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 הנפגעת שב לשגרת חייו/לעבודה מלאה/חלקית ומתי?	אם לא, מתי צפויה חזרתו?	
פרטי האנשים שהיו עדי ראיייה 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 הכיסוי בהמשך.
- מצ"ב טופס "ויתור על סודיות רפואית" אשר יש לצרף, במידת האפשר, לטופס ההודעה חתום בידי הנפגע.

הערות

הבהרה לעניין מסירת מידע

בעצם העברת המידע לטיפולנו, התובעת מאשרת ומסכימה כי נמסר ו/או יימסר מידע אישי אודותיו ו/או אודות צדדים שלישיים (להלן: "מידע") - לביטוח חקלאי – אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן: "האגודה" או "ביטוח חקלאי"), בין בעצמה ובין באמצעות מי מטעמה ו/או מי מטעמה של ביטוח חקלאי, לרבות באמצעות סוכן ביטוח או כל גורם אחר. התובעת מאשרת שהיא/הוא היא מורשה למסור את המידע, וכי מסירתו של המידע היא לפי כל דין.

ידוע לתובעת שהמידע שימסור/תמסור ושייאסף במסגרת בירור התביעה והטיפול בה, ישמר במאגרי המידע של האגודה ויעובד על ידי האגודה, לצורך כל עניין הנוגע לבירור התביעה ולטיפול בתביעה, ולמטרות המפורטות במדיניות הפרטיות שלה הזמינה ב-www.bth.co.il. הובהר לתובעת כי המידע עשוי להיות מועבר למטרות אלה גם לסוכן/י הביטוח המטפלים בפוליסה, לצדדים שלישיים הנוגעים לבירור ולטיפול בתביעות, וכן לגורמים נוספים כמפורט במדיניות הפרטיות של הקבוצה (כגון: ספקי מערכות מידע, רשויות מוסמכות). התובעת מאשרת כי התביעה מוגשת והמידע נמסר לפי בחירתה ומרצונה החופשי. לצד זאת, ידוע לתובעת כי לצורך טיפול בתביעה ולבירור חבות האגודה על פי הפוליסה, עליו להמסור מידע ומסמכים הדרושים לבירור החבות, מתוקף הוראות הדין. הובא לידיעתה כי סירוב למסירת מידע כאמור עלול להביא לכך שלא ניתן יהיה לברר את התביעה, ועלול אף להוביל לכך שהתביעה תידחה. הובהר לתובעת שפירוט אודות האיסוף, השימוש, השמירה וההעברה של המידע, וכן אופן מימוש זכויותיה לעיון ולתיקון המידע לפי הדין, ואופן הפנייה בכל בקשה מצידה בנושא, מופיעים במדיניות הפרטיות של האגודה, הזמינה ב-www.bth.co.il.

אופן קבלת הודעות ומסמכים בקשר לבירור התביעה

ידוע לתובעת כי באפשרותה לקבל הודעות ומסמכים מהאגודה בקשר לבירור התביעה באחת מדרכי התקשורת הבאות, לפי בחירתה:
דואר ישראל.

דואר אלקטרוני, מסרונים.

בהיעדר סימון, ההודעות והמסמכים יישלחו אל התובעת בדרך שתבחר האגודה.

תאריך

חתימת בעלת הפוליסה או באה כוח. כוחה