



הפוליסה מחריגה תאונות דרכים ואין למלא הודעה בגין

יש להקפיד למלא טופס זה במלואו, לצורך מסמכים רפואיים ולשלוח לביטוח חקלאי, רחוב מיטב 11, תל אביב 6789812
טלפון 03-5632828, פקס 03-5632862

א. פרטים על בעלת הפוליסה

שם הקיבוץ/ארגון/מוסד אחר	כתובת	מספר פוליסה
שם המטפלת בביטוח	מספר טלפון	מספר כקס
מספר תלפון	מספר תביעה	

ב. פרטים על הנפגעת

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	שנת לידה	מין	שם האב	שם האם
כתובת (כולל מיקוד)	מספר תלפון בבית	מספר תלפון נייד	זכר	נקבה		
שם המוסד החינוכי (בית הספר)	כתובת	מספר תלפון (בית ספר)				

ג. נסיבות התאונה

תאריך התאונה	שעת התאונה	מקום התאונה/האירוע
כיצד קרתה התאונה (רשום במפורש)?		
תיאור הפגיעה (יש לצרף מסמכים רפואיים):		
שם בית החולים בו אושפז הנפגע	מתאריך	עד תאריך
שם קופ"ח/מוסד רפואי בו טופל	סניף	שם הרופא המטפל
כתובת הרופא המטפל	מצבו של הנפגע אם טרם החלים מהפגיעה	
פרטי האנשים שהיו עדי ראיה לתאונה:		
שם	כתובת	מס' תלפון
שם	כתובת	מס' תלפון
שם	כתובת	מס' תלפון
האם התלמיד נפגע בעבר בתאונה?	תאריך התאונה	
לא	כן, רשום את מהות הפגיעה:	
האם הוגשה בעבר תביעה בגין נזקי גוף?	סכום הפיצוי	
לא	כן, רשום את שם החברה המבטחת:	

ד. הצהרת ההורים

אני החתום מטה מבקש שתבידק התביעה לפיצוי בגין הפגיעה הנ"ל, וישולם הפיצוי המגיע על-פי פוליסת תאונות אישיות תלמידים. אני מצהיר שכל הפרטים הנ"ל נכונים ואמיתיים ולא הסתרתי מהחברה מידע כלשהו בקשר עם התביעה הנ"ל.		
חתימת ההורים או האפוטרופוס (או אדם אחר שבמשמרתו נמצא הילד):	שם	מספר הזהות
	שם	מספר הזהות
לנפגעים מעל גיל 18:		תאריך חתימה
		חתימה

ה. אישור מנהל בית הספר ו/או המוסד בו לומד התלמיד

אני מאשר בזה שהתלמיד	נעדר מלימודיו בבית הספר	מתאריך	עד תאריך	סה"כ ימים
תאריך	חתימת מנהל בית הספר	חותמת בית הספר		

הבהרה לעניין מסירת מידע

בעצם העברת המידע לטיפולנו, התובעת מאשרת ומסכימה כי נמסר ו/או יימסר מידע אישי אודותיו/ה 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 שהוא/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 המטפל/ים 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.ה למסור 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 מצידנה 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 המבוטח. _____