

טופס תביעה חבויות - צד ג' / מעבידים

יש להעביר טופס זה מלא וחתום למחלקת תביעות גוף וחבויות

א. פרטי המבוטח			
שם המבוטח	כתובת	מס' טלפון	מס' ת"ז / ח"פ
שם הסוכן	מס' טלפון הסוכן	מספר פוליסה	פוליסת דירה <input type="checkbox"/> פוליסת עסק <input type="checkbox"/>

ב. פרטי הנפגע			
שם הנפגע	מס' ת"ז	מצב משפחתי	כתובת
מקצוע	עיסוק	מס' טלפון	גיל

ג. פרטי האירוע			
תאריך האירוע	שעה	מקום האירוע	סוג מזק: <input type="checkbox"/> גוף <input type="checkbox"/> רכוש
פרטי הפגיעה (אם מדובר בפגיעת גוף - יש לפרט מהם האברים שנפגעו. אם מדובר בפגיעת רכוש יש לפרט את כל הנתונים הרלוונטיים):			
תיאור האירוע:			
האם הנפגע פונה הביתה או לבי"ח (יש לפרט)			
שם הרופא / מוסד שהגיש את העזרה הראשונה			
שם הרופא המטפל			
האם הנפגע נמצא בבי"ח <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			
האם הנפגע שב לעבודתו <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			
האם מעורבים בתאונה גופים הקשורים עם המבוטח בהתקשרות חוזית <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט:			
האם גורמים נוספים מעורבים בגרימת התאונה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט:			
פרטי עדים למקרה: 1. שם: _____ מס' טלפון: _____			
2. שם: _____ מס' טלפון: _____			
האם היתה חקירה מטעם גורמים מוסמכים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			

אנו מצהירים בזה שהפרטים דלעיל הם נכונים ואמיתיים ולא הסתרנו מן החברה אינפורמציה הקשורה בתביעה זו.

תאריך	חתימה ✓
-------	---------

הערות: