



## הודעה על תביעה - תאונה לפי פוליסת תאונות אישיות - ספורטאים

### א. פרטים על בעל הפוליסה

שם הקיבוץ/ארגון/מוסד אחר	כתובת	מספר הפוליסה
שם המטפל בביטוח	מספר הטלפון	מספר הפקס
	כתובת דואר אלקטרוני	

### ב. פרטים על הנפגע/המבוטח

שם משפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך לידה	העיסוק הספורטיבי
כתובת (כולל מיקוד)		הנפגע (סמן ✓ בעיגול המתאים והשלם)		
		<input type="radio"/> חבר משק <input type="radio"/> מועמד <input type="radio"/> חייל <input type="radio"/> הורה <input type="radio"/> אחר - _____		

### ג. נסיבות התאונה

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

לתשומת לבכם:

- הפוליסה מכסה היזק גופני כתוצאה מתאונה שאירעה בעת שהמבוטח עסק בפעילות ספורט בלבד. יש לדווח בהתאם רק על תאונות אלו.
- יש למלא ולשלוח טופס זה לא יאוחר מ-30 ימים מקרות האירוע, ולא להמתין לקבלת מלוא החומר הרפואי.
- מצ"ב טופס "ויתור על סודיות רפואית" אשר יש לצרפו, במידת האפשר, לטופס ההודעה חתום בידי הנפגע.

הערות:

---



---



---

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה או המבוטח \_\_\_\_\_