

ביטוח חקלאי

אגודה שיתופית מרכזית בע"מ

בתאונה לרכב/מכונה חקלאית חובה לצרף תצלום רישיון הנהיגה משני צדדי



בקבלת טופס זה
אין החברה מודה
באחריותה

משרד ראשי - רחוב החשמונאים 93, תל-אביב 6713310, ת"ד 20190 תל-אביב 6120101, www.bth.co.il
מוקד תביעות רכב - טלפון 03-5632800, פקס 03-7616215, דוא"ל srikatviot-rchv@bth.co.il

הודעה ותביעה על תאונה לרכב או למכונה חקלאית ולנפגעי גוף אין לתקן את הרכב/מכונה חקלאית בלא אישור

א. פרטים על הרכב המבוטח

שם המבוטח	מספר הזהות	כתובת המבוטח	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד
כתובת דואר אלקטרוני	מספר רישוי	מספר שלדה/מנוע	סוג הרכב/מכונה	שנת ייצור
מספר הפוליסה	שם סוכנות הביטוח	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד	

ב. פרטים על הנהג ברכב המבוטח בעת התאונה

שם הנהג	מספר הזהות	תאריך לידה	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד
כתובת דואר אלקטרוני	מספר רישוי הנהיגה	סוג הרכב/מכונה	שנת הייצור	התאונה אירעה באשמתך
				לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>

ג. אישור אי-הגשת תביעה

אני מבקש לקבל אישור אי-הגשת תביעה	הכתובת למשלוח האישור
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	

ד. פרטים על התאונה

תאריך התאונה	שנת התאונה	מקום התאונה	תיאור כללי של הנזק שנגרם לרכב המבוטח	תיאור כללי שנגרם לנפגעי גוף שלישי
סוג נזק/נזקים	האם יש שילוח רישיון	היש חמומים ממקום האירוע	מהו החומר שגילה מוצב צבע הרמזור בדרכו של המבוטח	צד שלישי
	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>			

ה. פרטים במקרה של התנגשות עם רכב אחר (נא לרשום פרטים על כלי הרכב המעורב)

שם בעל הרכב	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	שם הסוכן
מספר הרכב	תוצרת/דגם	שנת ייצור	חברת ביטוח	מספר הפוליסה
שם הנהג	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	מספר הטלפון הנייד

אנא רשום תיאור מלא של המקרה

תרשים המקום והאירוע

פרטי העדים למקרה

האם ניתנה הודעה במשטרה	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
לאיזו תחנה	
מספר תיק/קומן	

ו. פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל נהג) ואו הולכי רגל (נא להסציא תצלום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק המאשר את תשלום הפרמיה)

שם מלא	מספר הזהות	כתובת	גיל	תאונת עבודה*	מעמד בעבודה	האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי
פרטים על הפגיעה ב-1				כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
פרטים על הפגיעה ב-2				כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
פרטים על הפגיעה ב-3				כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

אם התשובה לשאלה זו היא "כן" יש להגיש למוסד לביטוח לאומי תביעה להפסדי השתכרות והוצאות רפואיות.

* במקרה של תאונת עבודה, האם התאונה אירעה במסגרת העבודה או בדרך אליה/בחזרה.

אני מאשר ☐ כן ☐ לא, את מסירת כל המידע על הרכב המבוטח שברעלונותי ועל רישיון הנהיגה שלי ממאגרי המידע של משרד התחבורה/משרד הרישוי.

אני מאשר שנמסר לי שחברת הביטוח רשאית לפנות, לבירור פרטים על כלי הרכב המבוטח, למאגר המידע על כלי הרכב הנמצא במרצה הסליקה של איגוד חברות הביטוח.

אני מעונין ☐ כן ☐ לא, שתביעת צד שלישי, שתוגש נגדי, תשולם על-ידי החברה, בהתאם לסעיף 68 בחוק חוזה הביטוח, ואני מתחייב להעביר את סכום ההשתתפות העצמית שלי, על-פי תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה לכך.

אני מבקש להעביר אליי את דוח השמאי לזוהר האלקטרוני הרשום בטעיף א.

תאריך _____ חתימה _____