

שם הסוכן	מספר הסוכן
מספר פוליסה	מספר תביעה

רגיש - סודי



הודעה על אירוע: ביטוחי חבויות

א. פרטי המבוטח, הביטוח והמקרה			
פרטי המבוטח	שם המבוטח	מספר זהות	טלפון נייד
	כתובת מלאה	מספר טלפון נוסף	
פרטי הביטוח	סוג הפוליסה (נא סמן ב-X)		
	<input type="checkbox"/> אחריות כלפי צד שלישי <input type="checkbox"/> חבות מעבידים <input type="checkbox"/> אחריות מקצועית <input type="checkbox"/> חבות מוצר		
פרטי המקרה/ התאונה	תאריך המקרה	שעת המקרה	היום בשבוע
	האם דווח למשטרה?	שם התחנה	מס' יומן/תיק
סוג האירוע	<input type="checkbox"/> נזק גוף <input type="checkbox"/> נזק רכוש		
תיאור נסיבות האירוע	מקום האירוע (כתובת)		

אני מבקש לקבל הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה (סמן ב-X)

דוא"ל: _____ פקס: _____

כתובת: _____

ב. עבר ביטוחי ונזקים

האם הגשת בעבר תביעה/ות נגד חברת ביטוח? לא כן, אם כן ציין את שם החברה, התאריך וסכום התביעה/ות: _____

האם בשלוש השנים האחרונות נגרמו נזקים לצד שלישי אשר לא הוגשו בגינם תביעות, פרט: _____

אני מאשר/ת טיפול בתביעת צד ג' בכפוף לתנאי הפוליסה. אני מאשר/ת לחייב אותי בדמי השתתפות עצמית באמצעי התשלום המעודכן בפוליסה.

עדים: שם העד	כתובת	טלפון נייד	הקרבה בין העד למבוטח
1.			
2.			

יש לשלוח טופס זה לפקס: 03-7791038 / דוא"ל: business@shlomo-bit.co.il

הריני מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים. תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____