

טופס הודעה על תאונה / מחלה / נזק לצד שלישי

← פרטי המבוטח							
		0 2 0					
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון		
כתובת (רחוב)		בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני

← פרטי חיית המחמד	

← פרטי הארוע	
תאריך הארוע	
פרטי הארוע	
פרטי צד שלישי	
מהות הנזק לצד שלישי	
טיפול שניתן לחיית המחמד	
עדי ראייה	

X		
חתימה	שם הוטרינר	תאריך

← פרטי הטיפולים		
עלות הטיפול	פרטי הטיפול	סוג הטיפול
		טיפול רפואי
		אשפוז
		תרופות
		הדמייה
		מוות
		הערות

סה"כ עלות הטיפול

← וטרינר נכבד, נא פרט סוג הטיפול/סוג ניתוח/הרדמה/תרופות/אשפוז