לכבוד חברת הביטוח: _____

הודעה על תאונת רכב

א. פרטי המבוטח והפוליסה

מס' האירוע	שם הסוכן	מספר הפוליסה	מס. תביעה
שם המבוטח	כתובתו	מספר זהות __|__|__|__|__|__|__|__|__	טלפון
סוג הרכב: ☐ פרטי ☐ מסחרי ☐ אחר, נא פרט _____		סיווג הביטוח: ☐ מקיף ☐ צד שלישי ☐ חובה	
תוצר ודגם	מספר רישוי	שנת ייצור	תקופת הביטוח: מ-_____ עד_____

ב. פרטי הנהג - חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה

שם הנהג	מין: ☐ זכר ☐ נקבה	כתובת	טלפון
מס' רישיון נהיגה	סוג	שנת הוצאת הרשיון	בתוקף עד __|__|__|__|__|__	תאריך לידה __|__|__|__|__|__
מספר זהות __|__|__|__|__|__|__|__|__	האם נהג ברשות המבוטח _____		

ג. פרטי התאונה

תאריך __|__|__|__|__|__	שעה	במקום	
☐ בשטח בנוי ☐ בשטח פתוח	ראות: ☐ טובה ☐ חשכה ☐ גשום ☐ ערפל ☐ לא טובה	מהירות בקמ"ש	סוג וכמות המטען
מספר הנוסעים (פרט לנהג)	נגבתה עדות ע"י משטרת ישראל בתחנת	מס' יומן	מס' תיק	בתאריך __|__|__|__|__|__
תיאור הנזק לרכב המבוטח _____			

ד. נפגעים

אם נפגעו בני אדם בתוך רכבך כולל הנהג או הולכי רגל, נא תן פטים:

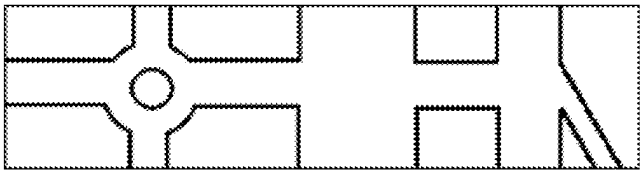
משפחה ושם הנפגע	מס' ת.זיהוי	כתובת הנפגע	מס' טלפון	מהות הפגיעה	גיל	האם אושפז ☐ לא ☐ כן שם ביה"ח והישוב	מס' ימי אשפוז

המקרה אירע: ☐ בדרך לעבודה ☐ במהלך העבודה ☐ בדרך ממקום העבודה

ה. פרטי הרכב המעורב - צד ג'

מס' רישוי	סוג הרכב: ☐ רכב קל ☐ רכב כבד מעל 4 טון	סוג הביטוח: ☐ מקיף ☐ צד שלישי ☐ חובה
שם בעל הרכב	כתובתו	מספר זהות __|__|__|__|__|__|__|__|__
שם הנהג	כתובתו	מספר זהות __|__|__|__|__|__|__|__|__
שם חברת הביטוח	מס' פוליסה	
תיאור הנזק לצד ג' _____		

ו. תיאור מפורט של התאונה



_____
_____
_____
_____

הרכב במוסך_____ כתובת_____
טלפון_____ השמאי_____

ז. הנני מעוניין כי תביעה צד ג' שתוגש נגדי תטופל על ידי החברה ☐ כן ☐ לא (נא למחוק את המיותר) ובמידה וכן הנני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרישה. הנני מתחייב בזה להעביר מיידית לחברה כל הודעה/הזמנה בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו כמו כן הנני להצהיר כי כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים. אני הח"מ מסכים בזה כי האגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח, באמצאות איגוד חברות הביטוח ישראל ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה, ולהעביר את פרטי התביעה למאגר מידע המנוהל ע"י איגוד חברות הביטוח, לפנות לכל מאגר מידע לקבלת פרטים הדרושים לחברה.

תאריך_____ חתימת המבוטח_____ הטופס מולא ע"י_____

http://www.shuli-golan.com