

נא להחזיר את הטופס מלא
בצרוף צילום רשיון רכב ורשיון נהיגה
לפקס 02-6253366

כלל וסע

מרכזי שירות לתביעות רכב _____
מס' תביעה _____

טופס הודעה על מקרה תאונה פריצה גניבת רדיו טייפ גניבה מק בחניה נפגעי גוף

שם הסוכן/ת _____ מספר _____
מס' פוליסה _____
סוג הביטוח _____ מס' מקיף _____
חברת הביטוח _____ צד ג' _____
כלל אררט אריה חובה

פרטים על בעלת הפוליסה:

שם פרטי _____ שם משפחה _____
ת.ז. _____
כתובת _____
סל. בבית _____ סל. נייד _____
סל. עבודה _____

פרטים על הנהג/ת:

שם _____ כתובת _____
ת.ז. _____
סל. _____ סל. נייד _____
מס' רשיון נהיגה _____ תאריך לידה _____
תאריך הוצאת רשיון נהיגה _____ סוג רשיון _____

פרטים על הרכב המבוטח:

מס' רישוי _____ תוצר ודגם _____
שנת ייצור _____
תאור כללי של הנזק שנגרם _____

פרטים על התאונה ונסיבותיה:

תאריך האירוע _____ שעה _____
תאור המקרה _____
 יום לילה מקום _____

חזק לרכב צד ג' ופרטים נוספים:

מס' רישוי _____ תוצר ודגם _____
שם הנהג _____ ת.ז. _____
סלפון _____ סל. נייד _____
שם בעל הפוליסה _____ כתובת _____
שם חברת הביטוח _____ מס' פוליסה _____
תאור כללי של הנזק שנגרם לרכב צד ג' _____ סוכן _____
טלפון _____ טלפון _____

משטרה ועדים:

הודעה למשטרה כן לא _____
תחנת משטרה _____ מס' תיק/יומן _____
פרטי עדים למקרה: _____
שם _____ כתובת _____
שם _____ כתובת _____
טלפון _____ טלפון _____

פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל הנהג) ו/או הולכי רגל:

שם מלא	ת.ז.	כתובת	גיל	ביה"ח	פרטים על הפציעה/אשפוז

נא להעביר בדחופות צילום תעודת ביטוח חובה משולמת, צילום רשיון נהיגה תקף וצילום רשיון רכב תקף.

הנני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנ"ל מכל גורם שהוא.
הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. אני מאשר לחברת
הביטוח להעביר את פרטי התביעה למאגר מידע המנוהל ע"י איגוד חברת הביטוח, ולפנות לכל מאגר לקבלת פרטים הדרושים
לה.

הצהרה:

אני(נו) מצהיר(ים) בזה, כי כל הפרטים הנ"ל אמיתיים וכי לא העלמתי שום פרט.

תאריך _____ שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

כלל וסע

מרכזי שירות לתביעות רכב

נא להחזיר את הטופס מלא
 בצרוף צילום רשיון רכב ורשיון נהיגה
 לפקס 02-6253366

פרטים אודות תאונת דרכים

מספר תביעה	מספר רישוי	תאריך נזק

נא למלא טופס זה אם הנהג או נוסע ברכב או הולך רגל נפגעו בתאונה.

- | | | | |
|-----|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. | האם נהג הרכב נפגע בתאונה | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא |
| 2. | האם נוסע(ים) ברכב נפגע(ו) בתאונה | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא |
| 3. | האם הולך / הולכי רגל נפגע(ו) בתאונה | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא |
| 4. | האם הנפגע(ים) פונה(ו) ממקום התאונה לבית חולים | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא |
| 5. | האם הנפגע(ים) פונה(ו) לקבלת טיפול רפואי באמבולנס | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא |
| 6. | האם הנפגע(ים) הגיע(ו) למיון בכוחות עצמו(ם) | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא |
| 7. | האם הנפגע(ים) קיבל(ו) טיול רפואי בעקבות התאונה | בבית חולים _____ | |
| | | אצל רופא בקופת חולים _____ | |
| | | טיפול רפואי אחר _____ | |
| 8. | האם המשטרה הגיעה למקום התאונה | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא |
| 9. | האם המשטרה גבתה עדויות מהמעורב(ים) בתאונה | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא |
| 10. | האם הנהג ברכב בעת התאונה הוא | <input type="checkbox"/> שכיר | <input type="checkbox"/> עצמאי |
| 11. | מה עיסוקו / מקצועו של נהג ברכב | _____ | |
| 12. | שם מקום עבודתו של הנהג ברכב | _____ | |
| 13. | נפגעים נוספים: | _____ | |

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	גיל	עיסוק	ביה"ח

14. הערות: _____

15. מסמכים שנמסרו במרכז התביעות:
- צילום רשיון הנהיגה של הנהג ברכב בעת התאונה
 - צילום רשיון הרכב המעורב בתאונה
 - צילום תעודת ביטוח החובה של הרכב המעורב בתאונה
 - אישור משטרה
 - דו"ח בית החולים (חדר מיון)
 - מסמכים רפואיים אחרים / נוספים

הצהרה:

אני(ו) מצהיר(ים) בזה, כי כל הפרטים הנ"ל אמיתיים וכי לא העלמתי שום פרט.

תאריך _____ שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____