



אליהו חברה לבטוח בע"מ

המשרד הראשי "בית אליהו" רחוב אבן גבירול 2, תל אביב 64077, טל: 6920911, פקס: 6919471

הודעה על תאונת דרכים

נזקי גוף

מס' פוליסה: _____
מס' רישוי רכב: _____
שם הסוכן: _____

* נא לצרף צילום רשיון נהיגה התקף למועד התאונה.

בעל הפוליסה	שם בעל הפוליסה: _____ טלפון (עבודה) _____ כתובת מגורים: _____ טלפון (בית) _____
פרטי המכונית המבוטחת	יצרן/דגם: _____ שנת ייצור: _____ נפח/משקל: _____ סוג הרכב: _____ אופנוע/קטנוע/טרקטור/פרטי/משא/מסחרי סוג הביטוח: _____ הקף בעיגול
פרטי המקרה	שם הנהג: _____ כתובת: _____ טלפון: _____ מס. ת.ז.: _____ סוג רשיון נהיגה: _____ בתוקף עד: _____ תאריך המקרה: _____ שעה: _____ מקום התאונה: _____ מטרת הגסיעה: _____ תוך כדי עבודה / בדרך לעבודה / חזרה מהעבודה / הסעה בשכר / אחר הקף בעיגול והשלם האם התערבה משטרת התנועה במקרה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא תחנת מס' יומן / תיק משטרה: _____ מיום: _____
פרטי צד ג' (במקרה של התנגשות עם רכב אחר)	1 סוג הרכב: _____ אופנוע/קטנוע/טרקטור פרטי/משא/מסחרי מס. רישוי: _____ שם הבעלים: _____ כתובת הבעלים: _____ טלפון: _____ שם הנהג: _____ כתובת: _____ טלפון: _____ שם החברה המבוטחת: _____ מס' פוליסה: _____ טל. הסוכן: _____
פרטי צד ג' (במקרה של התנגשות עם רכב אחר)	2 סוג הרכב: _____ אופנוע/קטנוע/טרקטור פרטי/משא/מסחרי מס. רישוי: _____ שם הבעלים: _____ כתובת הבעלים: _____ טלפון: _____ שם הנהג: _____ כתובת: _____ טלפון: _____ שם החברה המבוטחת: _____ מס' פוליסה: _____ טל. הסוכן: _____

נא להפוך הטופס ולהשיב על כל השאלות ולחתום במקום המתאים.

נהיגה

נזקי גוף פרטים כלליים על הנפגעים	1	שם הנפגע: _____ ת.ז. _____ ברכב המבוטח / מחוץ לרכב (חקף בעיגול)
		כתובת: _____ טלפון _____ גיל: _____
		פונה / אושפז: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> בבית חולים _____
		מהות הפגיעה: _____
		מטרת הנסיעה: <u>תוך כדי עבודה / בדרך לעבודה / חזרה מהעבודה / הסעה בשכר / אחר</u> (חקף בעיגול והשלם)

שם מקום העבודה: _____

נזקי גוף פרטים כלליים על הנפגעים	2	שם הנפגע: _____ ת.ז. _____ ברכב המבוטח / מחוץ לרכב (חקף בעיגול)
		כתובת: _____ טלפון _____ גיל: _____
		פונה / אושפז: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> בבית חולים _____
		מהות הפגיעה: _____
		מטרת הנסיעה: <u>תוך כדי עבודה / בדרך לעבודה / חזרה מהעבודה / הסעה בשכר / אחר</u> (חקף בעיגול והשלם)

שם מקום העבודה: _____

נזקי גוף פרטים כלליים על הנפגעים	3	שם הנפגע: _____ ת.ז. _____ ברכב המבוטח / מחוץ לרכב (חקף בעיגול)
		כתובת: _____ טלפון _____ גיל: _____
		פונה / אושפז: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> בבית חולים _____
		מהות הפגיעה: _____
		מטרת הנסיעה: <u>תוך כדי עבודה / בדרך לעבודה / חזרה מהעבודה / הסעה בשכר / אחר</u> (חקף בעיגול והשלם)

שם מקום העבודה: _____

הנני מצהיר/ים: כי כל הפרטים הנ"ל הינם מלאים ומדוייקים כי לא העלמתי/נו עובדה כלשהיא בקשר לתאונה/נזק, הנני מתחייב להודיע לחברה מיד עם קבלה הודעה, דרישה או הזמנה לדין מצד כלשהו בקשר לתאונה הנ"ל.

אני מסכים לכך כי פרטים המתייחסים אליו/או לרכושי המבוטח אצלכם יוחזקו במאגר מידע שלכם וימסרו לגורמים שונים הקשורים בתחום הביטוח במישרין ו/או בעקיפין למרות שלא חלה עלי חובה לכך וזאת כדי לאפשר לכם להחליט ולטפל בהוצאת פוליסות, גביית פרמיות, טיפול בתביעות ומילוי התחייבויותיכם על פי הפוליסות.

ניתנת לכם הרשאתי לפנות למאגרי מידע של גופים אחרים לצורך קבלת מידע עלי ו/או על רכושי.

שם המבוטח/הנהג _____ תאריך _____ חתימה _____

טפס זמניים 86-71 א.ל. 1567289