

הודעה על תאונת רכב

שם הפוליטה: _____ מס' מוחז: _____
 מס' התביעה: _____ מס' האירוע: _____

פרטי המבוטח

שם המבוטח: _____ תאריך לידיה: _____ מס' ת.ז.: _____
 כתובות: _____
 טל. בית: _____ טל. עבודה: _____ טל. נייד: _____
 סוג הרכב: פרטי מסחרי אחר:
 תקופת הביטוח: מ: _____ עד: _____
 סיווג הביטוח: מקיף צד שלישי חובה
 מ מס' רישוי: _____ שנת יצור: _____
 תוצר ודגם: _____

פרטי הנהג

שם הנהג: _____ מין: ז נ תאריך לידיה: _____
 כתובות: _____
 מס' רישוי הנהג: _____ סוג: _____ שנת הוצאת הרישוי: _____
 בתקף עד: _____
 האם נהג ברשות המבוטח?: _____
 מספר זהות: _____

פרטי התאונה

תאריך: _____ שעה: _____ במקום: _____
 בשטח בניו בשטח פתוח ראות: טובה חשוכה גשם ערפל לא טובה מהירות בקמ"ש: _____
 סוג וכמות המטען: _____ מס' הנוסעים (פרט לנהג): _____
 נגבהה עדות ע"י משטרת ישראל בתחנת: _____ מס' יוכן: _____ מס' תיק: _____
 בתאריך: _____
 תיאור הנזק לרכב המבוטח: _____

נפגעים

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

שם הנפגע	מספר זהות	כתובת הנפגע	מחות הנפגעה	טלפון	גיל	שם בה"ח והישוב	אם אושפז? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אישפוז

המקרה אירע: בדרך לעבודה במהלך העבודה בדרך למקום העבודה

פרטי הרכב המעוורב – צד ג'

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

תיאור מפורט של התאונה**תרשימים ממקום התאונה**

הרכב במספר: _____
כתובת: _____
טל. _____ השםאי: _____

הצהרה

הנני מעוניין כי תביעת צד ג' שתוגש נגדי טיפול על ידי החברה: לא כן
במידה וכך, הנני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרישה.
הנני מתחייב בזה להעביר מידית לחברת כל הودעה, הזמנה, בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו, כמו כן, הנני להצהיר כי כל הפרטים דלעיל נכוןים ומדויקים.
אניchein מסכימים בזה כי האגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח ישראל ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצוים במ Lager כל' הרכב של משרד התחבורה, ולהעביר את פרטי התביעה למ Lager מידע המנהל ע"י איגוד חברות הביטוח, לפנות לכל מאגר מידע לקבלת פרטיהם הדורשים לחברת.



הטופס מולא ע"י: _____
חתימת התובע: _____ תאריך: _____

* נא לצרף רישיון נהיגה
* להחזיר לחברת – מקור ושני העתקים