

## הודעה ותביעה על תאונה לרכב או למכונה חקלאית ולנפגעי גוף

אין לתקן את הרכב/מכונה חקלאית בלא אישור



בקבלת טופס זה  
אין החברה מודה  
באחריותה

### א. פרטים על הרכב המבוטח

שם המבוטח	מספר הזהות	כתובת המבוטח	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד
כתובת דואר אלקטרוני	מספר רישוי	מספר שלדה/מנוע	סוג הרכב/מכונה	שנת ייצור/שם היצרן והדגם
מספר הפוליסה	שם סוכנות הביטוח	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד	

### ב. פרטים על הנהג ברכב המבוטח בעת התאונה

שם הנהג	מספר הזהות	תאריך לידה	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד
כתובת (כולל מיקוד)	כתובת דואר אלקטרוני	מספר רישיון הנהיגה	דרגת הרישיון	שנת הוצאת הרישיון
		התאונה אירעה באשמתך לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>		

### ג. אישור אי-הגשת תביעה

אני מבקש לקבל אישור אי-הגשת תביעה	הכתובת למשלוח האישור
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	

### ד. פרטים על התאונה

תאריך התאונה	שנת התאונה	מקום התאונה	תיאור כללי של הנזק שנגרם לרכב המבוטח	תיאור כללי שנגרם לרכב צד שלישי
סוג וכמות המטען בזמן התאונה				
האם יש שלילת רישיון		היש תמונות ממקום האירוע	מהו התמורז שהיה מוצב/צבע התמורז בדרכו של:	
לא <input type="radio"/> לצד שלישי <input type="radio"/> לאף אחד <input type="radio"/>		לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> נא לצרף	המבוטח <input type="radio"/> צד שלישי <input type="radio"/>	

### ה. פרטים במקרה של התנגשות עם רכב אחר (נא לרשום פרטים על כלי הרכב המערב)

שם בעל הרכב	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	שם הסוכן
מספר הרכב	תוצרת/דגם	שנת ייצור	חברת ביטוח	מספר הטלפון הנייד
שם הנהג	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	

### תרשים המקום והאירוע

אנא רשום תיאור מלא של המקרה

### פרטי העדים למקרה

1 שם _____ כתובת _____ מספר הטלפון _____	האם ניתנה הודעה במשטרה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
2 שם _____ כתובת _____ מספר הטלפון _____	לאיזו תחנה _____
	מספר תיק/זמן _____

### ו. פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל נהג) ואו הולכי רגל (נא להמציא תצלום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק המאשר את תשלום הפרמיה)

שם מלא	מספר הזהות	כתובת	גיל	תאונת עבודה*	מעמד בעבודה	האם הגישה תביעה למוסד לביטוח לאומי
				לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
פרטים על הפגיעה ב: **						
				לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
פרטים על הפגיעה ב: **						
				לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
פרטים על הפגיעה ב: **						

\* אם התשובה לשאלה זו היא "כן" יש להגיש למוסד לביטוח לאומי תביעה להפסדי השתכרות והוצאות רפואיות. \*\* במקרה של תאונת עבודה, האם התאונה אירעה במסגרת העבודה או בדרך אליה/בחזרה.

אני מאשר  כן  לא, את מסירת כל המידע על הרכב המבוטח שבבעלותי ועל רישיון הנהיגה שלי ממאגרי המידע של משרד התחבורה/משרד הרישוי. אני מאשר שנמסר לי שחברת הביטוח רשאית לפנות, לביור פרטים על כלי הרכב המבוטח, למאגר המידע על כלי הרכב הנמצא במרכז הסליקה של איגוד חברות הביטוח.

אני מעונין  כן  לא, שתביעת צד שלישי, שתוגש נגדי, תשולם על-ידי החברה, בהתאם לסעיף 68 בחוק חוזה הביטוח, ואני מתחייב להעביר את סכום ההשתתפות העצמית שלי, על-פי תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה לכך. אני מבקש להעביר אליי את דוח השמאי לדואר האלקטרוני הרשום בסעיף א.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_