

הודעה על תביעה - תאונה לרכב או למכונה חקלאית ולנפגעי גוף

אין לתקן את הרכב/מכונה חקלאית בלא אישור

א. פרטי המבוטח

שם המבוטח	מספר זהות	כתובת המבוטח	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
אני מבקש לעדכן כתובת דואר אלקטרוני להתקשרות עימי לצרכי תביעה זו:				
מספר רישוי	מספר שלדה/מנוע	סוג הרכב/מכונה	שנת ייצור	שם היצרן והדגם
מספר הפוליסה	שם סוכנות הביטוח	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	
האם הנך אזרח ותיק (מעל גיל 67)? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן במידה וצויין כן, אנא ציין תאריך לידה מלא: _____				

ב. פרטים על הנהג ברכב המבוטח בעת התאונה

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

ג. אישור אי-הגשת תביעה

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

ד. פרטים על התאונה

תאריך התאונה	שעת התאונה	מקום התאונה	תיאור כללי של הנזק שנגרם לרכב המבוטח	תיאור כללי שנגרם לרכב צד שלישי
סוג וכמות המטען בזמן התאונה				
האם יש שליטת רישיון?		האם יש תמונות ממקום האירוע	מהו התמרוך שהיה מוצב/צבע הרמזור בדרכו של:	
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> לאף אחד		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, נא לצרף	המבוטח _____ צד שלישי _____	

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

שם בעל הרכב	מספר זהות	מספר טלפון נייד	כתובת (כולל מיקוד)	שם הסוכן
מספר הרכב	תוצרת/דגם	שנת ייצור	חברת ביטוח	מספר הפוליסה
שם הנהג	מספר זהות	מספר טלפון נייד	כתובת (כולל מיקוד)	מספר טלפון נייד
אנא רשום תיאור מלא של המקרה				
תרשים המקום והאירוע				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>האם ניתנה הודעה במשטרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, ↓</p> <p>1. שם _____ כתובת _____ מספר טלפון _____</p> <p>2. שם _____ כתובת _____ מספר טלפון _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>לאיזו תחנה? _____</p> <p>מספר תיק/יומן _____</p> </div> </div>				

ו. פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח

(כולל נהג) ו/או הולכי רגל (נא להמציא תצלום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק המאשר את תשלום הפרמיה)

שם מלא	מספר זהות	כתובת	גיל	תאונת עבודה*	מעמד בעבודה	האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי
				<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עצמאי	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
				<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עצמאי	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
				<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עצמאי	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן

* 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, לבירור 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 _____ 