

הודעה על תביעה - תאונה לרכב או למכונה חקלאית ולנפגעי גוף

אין לתקן את הרכב/מכונה חקלאית בלא אישור

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	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

ג. אישור אי-הגשת תביעה

אני מבקש לקבל אישור אי-הגשת תביעה לא 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 שלילת רישיון		היש תמונות ממקום האירוע	מהו התמרחר שהיה מוצב/צבע הרמזור בדרכו של:	מספר הצד שלישי
<input type="checkbox"/> לר <input type="checkbox"/> לצד שלישי <input type="checkbox"/> לאף אחד		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף	המבוטח	צד שלישי

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 הפוליסה
שם הנהג	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	מספר הטלפון הנייד

אנא רשום תיאור מלא של המקרה

תרשים המקום והאירוע

פרטי העדים למקרה

1	שם	כתובת	מספר הטלפון
2	שם	כתובת	מספר הטלפון

האם ניתנה הודעה במשטרה לא כן

לאיזו תחנה

מספר תיק/יומן

ו. פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל נהג) /או הלכי 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 הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי
				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

* 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