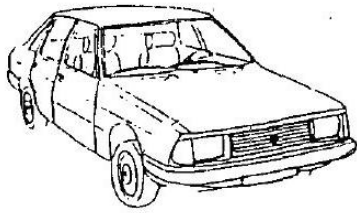




### ד. פרטי האירוע - המשך

מוקד הפגיעה ברכב המבוטח (נא סמן על גבי התרשים את מוקד הפגיעה ומספרו במקרא)



1. חלק אחורי של הרכב
2. גחון הרכב (מרכב תחתון)
3. חזית הרכב
4. צד ימין
5. צד שמאל
6. גג

סמן על גבי התרשים את מיקומך בעת התאונה ביחס לכלי הרכב המעורבים בתאונה:

ציין תמרורים בכיוון נסיעתך: \_\_\_\_\_

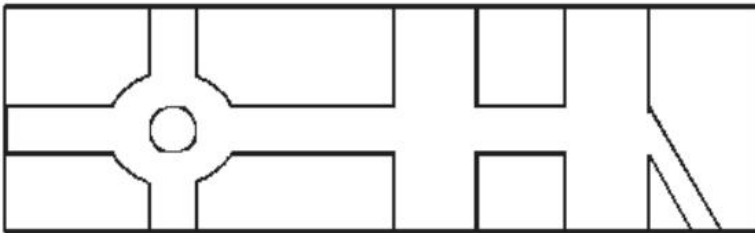
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ציין תמרורים בכיוון נסיעת רכב צד ג': \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### ה. פרטי נפגעי גוף

שם הנפגע		מספר זהות		האם בעת התאונה היית		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	האם הנפגע אושפז בבי"ח	שם בית החולים	מהות הפגיעה		
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>				
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					
שם הנפגע		מספר זהות		ברכב המבוטח / מחוץ לרכב		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	שם בית החולים	מהות הפגיעה			
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					
שם הנפגע		מספר זהות		ברכב המבוטח / מחוץ לרכב		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	שם בית החולים	מהות הפגיעה			
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					
שם הנפגע		מספר זהות		ברכב המבוטח / מחוץ לרכב		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	שם בית החולים	מהות הפגיעה			
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					
שם הנפגע		מספר זהות		ברכב המבוטח / מחוץ לרכב		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	שם בית החולים	מהות הפגיעה			
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					

מחזור 04:2019

5215



### 1. פרטי צד ג'

מספר רישוי	סוג הרכב	שם חברת הביטוח	מספר פוליסה	שם סוכן	מספר טלפון סוכן
קל <input type="checkbox"/> מעל 4 טון <input type="checkbox"/>					
מספר זהות - נהג / מבוטח	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)		

רשום מה הנזק שנגרם לצד ג' (אנשים, כלי רכב, נכסים):

מי לדעתך אחראי לתאונה?  
 צד ג':  מלא  חלקי  לא ידוע   
 אני (המבוטח או הנהג מטעמו):  מלא  חלקי  לא ידוע

מוקד הפגיעה ברכב צד ג':

- חלק אחורי של הרכב
- גחון הרכב (מרכב תחתון)
- חזית הרכב
- צד ימין
- צד שמאל
- גג

### 2. פרטי עדים

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	כתובת	מספר טלפון נייד

### ט. הצהרות המבוטח

אני מעוניין שתביעה צד ג', אם תוגש כנגדי, תטופל על-ידי מגדל חברה לביטוח בע"מ, כולל ניהול משא ומתן עם צד ג', ואני מתחייב להעביר לחברה את סכום ההשתתפות העצמית על-פי תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה.

אני מסכים שהאגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח באמצעות איגוד חברות הביטוח או מרכז הסליקה של חברות הביטוח, את פרטי הרכב המצויים במאגר משרד התחבורה והחברה תוכל להעביר את המידע למאגר המנוהל על-ידי איגוד חברות הביטוח.

אני מבקש לתקן את הרכב במוסך הסדר \_\_\_\_\_ (בחר מתוך הרשימה המוצעת באתר).

אבקש כי השמאי \_\_\_\_\_ (בחר מתוך הרשימה המוצעת באתר) יבצע את אומדן הנזק.

אם אהיה זכאי לפיצוי, אני מבקש להעביר אליו את התשלום ישירות לחשבון הבנק לפי הפרטים והתנאים הרשומים בטופס "הרשאה לביצוע העברה בנקאית", שאצרף למשלוח טופס זה.

אני מתחייב להעביר לחברה כל הודעה, תביעה או בקשה שאקבל מגורם כלשהו בקשר לתאונה שפרטיה לעיל.

אני מצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומדויקים ולא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה.

אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים/תביעות על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח / בעל רישיון לצרכי שירות לרבות לצורך כיסוי התביעה באמצעות מבטחי משנה מחוץ לגבולות ישראל ולגורמים נוספים מתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד).

### ח. המסמכים שצורפו להודעה זו

תצלום תעודת זהות

תצלום רישיון נהיגה

תצלום רישיון רכב

שרטוט מקום התאונה

אישור משטרה

תמונות ממקום האירוע

אחר \_\_\_\_\_

שם מלא  תאריך

ההודעה

חתימת המבוטח

(מהדורה 04.2019)

