

הנחיות למילוי טופס תביעה - הודעה על מקרה ביטוח רכב

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בהתאם לסוג תביעתך כפי שמפורט בטופס.

יודגש, כי אין במפורט בהנחיות אלו להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת, לפיכך וטרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש, אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מצוי בפוליסה שרכשת.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

• לתיבת דוא"ל:

- תביעות רכב רכוש - ea5070@fnx.co.il

- תביעות רכב רכוש צד ג' - drishot@fnx.co.il

- תביעות רכב נזקי גוף - PtichotHova@fnx.co.il

- תביעות רכב רכוש מוסכי הסדר - hesder5070@fnx.co.il

• באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.

• באמצעות סוכן הביטוח

• באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433

לברור סטאטוס התביעה ניתן לפנות למוקד התביעות בטלפון: 03-7331147 / *5070

בברכה,

מחלקת תביעות רכב

הודעה על מקרה ביטוח רכב כוש ונזקי גוף

שים לב, חובה לצרף את המסמכים הבאים:

○ צילום רישיון נהיגה של הנהג ○ צילום רישיון רכב ○ צילום ת.ז. של הנהג ○ טופס מינוי שמאי ○ טופס הסכמה למסירת מידע ממשרד הרישוי

מס' פוליסה	שם הסוכן	שם שמאי מטפל	שם מוסך	○ הסדר ○ לא הסדר
------------	----------	--------------	---------	------------------

א. פרטי המבוטח

שם פרטי ושם משפחה	כתובת	ת.ז.
כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)	טלפון נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)	פקס

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל, דואר אלקטרוני, פקס. נא סמן ב- ✓ את אמצעי התקשורת המועדף עלייך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: ○ דואר ישראל ○ דואר אלקטרוני. בהיעדר סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו. בעקבות הוראת הפיקוח, על המבוטח חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. הננו להביא לידיעתך, כי לצורך הטיפול בתביעה נעשה שמוש במאגר תביעות רכב כוש באמצעות מרכז הסליקה, בכל הקשור למידע על הרכב. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

מספר רישוי	שם יצרן	דגם	○ פרטי ○ מסחרי ○ אחר
שנת יצור	רשום על שם	סוג רכב	




ב. פרטי הנהג

שם הנהג	כתובת	ת.ז.
מה הקשר/קרבה למבוטח?	תאריך לידה	טלפון/נייד
○ כן ○ לא	מס' רישיון נהיגה	האם נהג ברשות המבוטח?



ג. פרטי אירוע ותאור המקרה

תאריך המקרה	שעת המקרה	מקום התאונה/כתובת	○ כן ○ לא	שם התחנה
-------------	-----------	-------------------	-----------	----------

מי לדעתך אשם בתאונה: ○ אני ○ נהג צד ג' פרטי העדים:

סמן מקום הפגיעה ברכבך  רכבך  סמן מקום הפגיעה ברכב צד ג' 

שרטוט מקום המקרה

מהו התמרור המוצב בדרך  צד ג'  מבוטח

תיאור מפורט של המקרה

ד. פרטי צד ג'

שם בעל הרכב	שם בעל הרכב	ת.ז.	ת.ז.
כתובת	כתובת	טלפון/נייד	טלפון/נייד
שם הנהג	שם הנהג	ת.ז.	ת.ז.
כתובת	כתובת	טלפון/נייד	טלפון/נייד
מס' רישוי	מס' רישוי	שם יצרן	שם יצרן
צבע	צבע	שנת יצור	שנת יצור
חברה מבטחת	חברה מבטחת	מספר פוליסה	מספר פוליסה

אני החתום מטה מסכים בזה, כי אגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח הנני מתחייב להתקשר, להודיע ולהעביר לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנ"ל מכל גורם שהוא. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה ומבקש לשלם לי על פי תנאי הפוליסה.

על החתום

תאריך	בעל הרכב	המבוטח
-------	----------	--------

אין בקבלת טופס זה משום הכרה בחבות ו/או בכיסוי הביטוחי ו/או בנזק.

ה. פרטי רכבים מעורבים / נפגעים
 הועבר לתביעת גוף בתאריך ע"י

נפגעים	שם הנפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון
1	מהות הפגיעה	אשפוז (שם ב"ח)	<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	
	שם הנפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון
2	מהות הפגיעה	אשפוז (שם ב"ח)	<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	
	שם הנפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון
3	מהות הפגיעה	אשפוז (שם ב"ח)	<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	
	שם הנפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון

 1. האם התאונה הייתה תוך כדי עבודה כן לא האם בדרך לעבודה כן לא האם בחזרה מהעבודה כן לא

 2. האם מעורבת משאית כן לא האם מעורב אופנוע כן לא האם מעורב נגרר כן לא א.מ.ר. נגרר

 3. האם הייתה הסעה בשכר כן לא האם מעורב רכב חונה כן לא א.מ.ר. רכב חונה

ו. עדים למקרה

שם	כתובת	טלפון	מס' ת.ז.

מה הקשר של העד לאירוע?

פרטי חשבון הבנק
 הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה

שם בעל החשבון			ת.ז.		
שם הבנק	שם הסניף	כתובת הסניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' הבנק
ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח					
<input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף צילום ברור של המחאה			<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הרכב		
תאריך			חתימת המבוטח		

נא לצרף: צילום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק, צילום רישיון נהיגה של הנהג, אישור משטרה ותיעוד רפואי.
 במקרים בהם לא מצוין תאריך תשלום על גבי רישיון נהיגה, יש להמציא אישור משרד הרישוי לגבי תוקף הרישיון.
 הנני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנ"ל מכל גורם שהוא, הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה ומבקש לשלם לי ע"פ תנאי הפוליסה, הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי ובהסכמתי זו יש לראות הסכמה בהתאם לדרישת סעיף 86 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1891.
 הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית ע"פ תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	חתימת המבוטח
-------------------------------------	-------	--------------

ע"י קבלת טופס זה אין החברה מודה באחריותה
 אני החתום מטה מסכים בזה, כי האגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח

תאריך	חתימת בעל הרכב
-------	----------------