

כלל וסע

מרכזי שירות לתביעות רכב _____
מס' תביעה _____

טופס הודעה על מקרה תאונה פריצה גניבת רדיו טייפ גניבה נזק בחניה נפגעי גוף

שם הסוכן/ת _____ מספר _____
מס' פוליסה _____
סוג הביטוח מקיף
 צד ג'
 חובה
חברת הביטוח
 כלל
 אררט
 אריה

פרטים על בעל/ת הפוליסה:

שם פרטי _____ שם משפחה _____
ת.ז. _____
כתובת _____
טל. בבית _____ טל. נייד _____ טל. עבודה _____

פרטים על הנהג/ת:

שם _____ כתובת _____
ת.ז. _____
טל. _____ טל. נייד _____
מס' רשיון נהיגה _____
תאריך לידה _____ תאריך הוצאת רשיון נהיגה _____
סוג רשיון _____

פרטים על הרכב המבוטח:

מס' רישוי _____ תוצר ודגם _____ שנת ייצור _____
תאור כללי של הנזק שנגרם _____

פרטים על התאונה ונסיבותיה:

תאריך האירוע _____ שעה _____ יום לילה מקום _____
תאור המקרה _____

נזק לרכב צד ג' ופרטים נוספים:

מס' רישוי _____ תוצר ודגם _____ שנת ייצור _____
שם הנהג _____ ת.ז. _____
טלפון _____ טל. נייד _____
שם בעל הפוליסה _____ כתובת _____ טלפון _____
שם חברת הביטוח _____ מס' פוליסה _____ סוכן _____ טלפון _____
תאור כללי של הנזק שנגרם לרכב צד ג' _____

משטרה ועדים:

הודעה למשטרה כן לא תחנת משטרה _____ מס' תיק/יומן _____
פרטי עדים למקרה: שם _____ כתובת _____ טלפון _____
שם _____ כתובת _____ טלפון _____

פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל הנהג) /ואו הולכי רגל:

שם מלא	ת.ז.	כתובת	גיל	ביה"ח	פרטים על הפציעה/אשפוז

נא להעביר בדחיפות צילום תעודת ביטוח חובה משולמת, צילום רישיון נהיגה תקף וצילום רשיון רכב תקף.

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. אני מאשר לחברת הביטוח להעביר את פרטי התביעה למאגר מידע המנוהל ע"י איגוד חברת הביטוח, ולפנות לכל מאגר לקבלת פרטים הדרושים לה.

הצהרה:

אני(ו) מצהיר(ים) בזה, כי כל הפרטים הנ"ל אמיתיים וכי לא העלמתי שום פרט.

תאריך _____ שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

כלל וסע

מרכזי שירות לתביעות רכב

פרטים אודות תאונת דרכים

מספר תביעה	מספר רישוי	תאריך נזק

נא למלא טופס זה אם הנהג או נוסע ברכב או הולך רגל נפגעו בתאונה.

1. האם נהג הרכב נפגע בתאונה כן לא
2. האם נוסע(ים) ברכב נפגע(ו) בתאונה כן לא
3. האם הולך / הולכי רגל נפגע(ו) בתאונה כן לא
4. האם הנפגע(ים) פונה(ו) ממקום התאונה לבית חולים כן לא
5. האם הנפגע(ים) פונה(ו) לקבלת טיפול רפואי באמבולנס כן לא
6. האם הנפגע(ים) הגיע(ו) למיון בכוחות עצמו(ם) כן לא
7. האם הנפגע(ים) קיבל(ו) טיול רפואי בעקבות התאונה כן לא

בבית חולים _____

אצל רופא בקופת חולים _____

טיפול רפואי אחר _____

8. האם המשטרה הגיעה למקום התאונה כן לא
9. האם המשטרה גבתה עדויות מהמעורב(ים) בתאונה כן לא
10. האם הנהג ברכב בעת התאונה הוא שכיר עצמאי
11. מה עיסוקו / מקצועו של נהג ברכב _____
12. שם מקום עבודתו של הנהג ברכב _____
13. נפגעים נוספים: _____

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	גיל	עיסוק	ביה"ח

14. הערות: _____

15. מסמכים שנמסרו במרכז התביעות: _____

- צילום רשיון הנהיגה של הנהג ברכב בעת התאונה
- צילום רשיון הרכב המעורב בתאונה
- צילום תעודת ביטוח החובה של הרכב המעורב בתאונה
- אישור משטרה
- דו"ח בית החולים (חדר מיון)
- מסמכים רפואיים אחרים / נוספים

הצהרה:

אני(ו) מצהיר(ים) בזה, כי כל הפרטים הנ"ל אמיתיים וכי לא העלמתי שום פרט.

תאריך _____ שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____