

הודעה על מקרה ביטוח - רכב

מס' תביעה		שם הסוכן		טל' הסוכן		טל' בייד		מס' פוליסה															
<p>מצ"ב <input type="radio"/> צילום ת.ד. <input type="radio"/> צילום רישון נהיגה (של הנהג) <input type="radio"/> צילום רישון רכב <input type="radio"/> צילום ביטוח חובה</p>																							
<p>פרטי המבוטח</p> <p>שם המבוטח _____ כתובת _____ מס' זיהוי (כולל ספרת ביקורת) _____ טלפון _____</p> <p><input type="radio"/> תאונה <input type="radio"/> גניבת רכב <input type="radio"/> רדיו טייפ <input type="radio"/> נזק אש <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> הרכב משועבד <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> הסדר מוסכים <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>																							
<p>השמאי המטפל <input type="radio"/> פרטי המוסך</p> <p>שם הנהג _____ כתובת _____ מה הקשר/קרבה בין הנהג למבוטח _____ טלפון _____ בייד _____</p> <p>רישון ישראלי <input type="radio"/> _____ מ: _____ מ: _____ תוקף רישון _____</p>																							
<p>פרטי הנהג</p> <p>תאריך לידה מלא _____ מספר זיהוי (כולל ספרת ביקורת) _____ מס' רישון נהיגה _____ סוג/דרגת הרישון _____ מ: _____ מ: _____ תוקף רישון _____</p>																							
<p>פרטי הרכב</p> <p>מס' רישוי _____ שם היצרן _____ דגם _____ סוג הרכב _____ שנת יצור _____ רשום על שם _____</p>																							
<p>פרטי המקרה / התאונה</p> <p>תאריך המקרה _____ שעת המקרה _____ מקום התאונה _____ האם הובא לידיעת המשטרה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> _____ שם התחנה _____ מס' יומן/תיק _____</p> <p>האם הרישון נפסל? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/></p>																							
<p>פרטים על רכב צד ג'</p> <p>מספר רישוי (של צד ג' המעורב) _____ תוצרת / דגם _____ סוג הרכב _____ שם חברת הביטוח _____ מס' הפוליסה _____</p> <p>שם בעל הרכב _____ כתובת _____ טל' בית _____ טל' עבודה _____ שם הסוכן _____ טל' _____</p> <p>שם הנהג _____ כתובת _____ מס' ת.זיהוי _____ מס' רישון נהיגה _____ טלפון _____</p>																							
<p>פרטי רכבים מעורבים נוספים</p> <table border="1"> <tr> <td>מספר רישוי</td> <td>שם הבעלים</td> <td>כתובת</td> <td>שם הנהג</td> <td>טלפון</td> <td>שם חברת הביטוח</td> <td>מס' פוליסה</td> </tr> <tr> <td>מספר רישוי</td> <td>שם הבעלים</td> <td>כתובת</td> <td>שם הנהג</td> <td>טלפון</td> <td>שם חברת הביטוח</td> <td>מס' פוליסה</td> </tr> </table> <p>מהו התמורר המוצב בדרכו של הנהג המבוטח? _____ מהו התמורר המוצב בדרכו של צד ג'? _____</p> <p>מי לדעתך אחראי לארוע התאונה? <input type="radio"/> אני <input type="radio"/> נהג צד ג' <input type="radio"/> לא יודע <input type="radio"/> נא נמק תשובתך והסבר מדוע _____</p>										מספר רישוי	שם הבעלים	כתובת	שם הנהג	טלפון	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה	מספר רישוי	שם הבעלים	כתובת	שם הנהג	טלפון	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה
מספר רישוי	שם הבעלים	כתובת	שם הנהג	טלפון	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה																	
מספר רישוי	שם הבעלים	כתובת	שם הנהג	טלפון	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה																	
<p>תאור המקרים ברכב המבוטח</p>					<p>תאור המקרים ברכב צד ג'</p>																		
<p>תאור נסיבות המקרה</p> <p>תרשים מקום התאונה והתמוררים: כלי הרכב המעורבים וכווני נסיעתם</p>					<p>ציין אזרחי פגיעה רכב מבוטח</p>																		
<p>ציין אזרחי פגיעה רכב צד ג'</p>					<p>ציין אזרחי פגיעה רכב מבוטח</p>																		

פרטי רכבים מעורבים / נפגעים			
הועבר לתביעת גוף בתאריך		ע"י	
שם נפגע	כתובת	טלפון	נפגעים
מהות פגיעה	<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	אשפוז (שם בי"ח)	
שם נפגע	כתובת	טלפון	
מהות פגיעה	<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	אשפוז (שם בי"ח)	
שם נפגע	כתובת	טלפון	נפגעים
מהות פגיעה	<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	אשפוז (שם בי"ח)	
שם נפגע	כתובת	טלפון	
מהות פגיעה	<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	אשפוז (שם בי"ח)	
1. האם התאונה היתה תוך כדי עבודה	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם בדרך לעבודה	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם בחזרה מהעבודה	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
2. האם מעורבת משאית	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם מעורב אופנוע	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם מעורב נגרר	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	מ.ר. נגרר
3. האם היתה הסעה בשכר	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם מעורב רכב חונה	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	מ.ר. רכב חונה
עדים למקרה			
שם	כתובת	טל	מס' ת.ד.
שם	כתובת	טל	מס' ת.ד.
מה הקשר של העד לארוע?			
פרטי חשבון הבנק			
הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה			
שם בעל החשבון		ס"ב	
שם בעל החשבון		ת.ד. בעל החשבון	
שם בנק	שם סניף	מס' חשבון	מס' סניף
שם בנק	מס בית	ישוב	מיקוד
כתובת למשלוח הודעת זיכוי	רחוב	מס בית	ישוב
דואר אלקטרוני	מיקוד	ישוב	מס' חשבון
ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח			
יש לצרף צילום ברור של המחאה			
תאריך	חתימת בעל החשבון		<input checked="" type="checkbox"/>

נא לצרף: צילום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק, צילום רישון נהיגה של הנהג, אישור משטרה ותעוד רפואי.
 במקרים בהם לא מצוין תאריך תשלום על גבי רישון נהיגה, יש להמציא אשור משרד הרשוי לגבי תקף הרישון.

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 68 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.

הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית ע"פ תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.

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

ע"י קבלת טופס זה אין החברה מודה באחריותה

אני החתום מטה מסכים בה, כי האגף לשרותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל 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 המנוהל ע"י איגוד חברות הביטוח.

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