

## הודעה ותביעה על 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
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="radio"/> לא <input type="radio"/>				

### ג. אישור אי-הגשת תביעה

אני מבקש לקבל אישור אי-הגשת תביעה  לא  כן,  ←  
הכתובת למשלוח הדואר \_\_\_\_\_

### ד. פרטים על התאונה

תאריך התאונה	שעת התאונה	מקום התאונה	תיאור כללי של הנזק שנגרם לרכב המבוטח	תיאור כללי של הנזק שנגרם לרכב צד שלישי
סוג וכמות המטען בזמן התאונה _____				
האם יש שלילת רישיון: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> לאף אחד <input type="radio"/> כן, נא לצרף המבוטח _____ צד שלישי _____				

### ה. פרטים במקרה של התנגשות עם רכב אחר (נא לרשום פרטים על כלי הרכב המעורבים)

שם בעל הרכב	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	שם הסוכן	
	מספר רכב	תוצרת/דגם	שנת ייצור		חברת ביטוח
	שם הנהג	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד		כתובת (כולל מיקוד)
שם בעל הרכב	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	שם הסוכן	
	מספר רכב	תוצרת/דגם	שנת ייצור		חברת ביטוח
	שם הנהג	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד		כתובת (כולל מיקוד)

אנא רשום תיאור מלא של המקרה

### תרשים המקום והאירוע

	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

### פרטי העדים למקרה

שם <sup>1</sup>	כתובת	מספר הטלפון	מספר
שם <sup>2</sup>	כתובת	מספר הטלפון	מספר

האם ניתנה הודעה במשטרה?  לא  כן, פרט

לאיזו תחנה \_\_\_\_\_

מספר תיק/יומן \_\_\_\_\_

### ה. פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל נהג) ו/או הולכי 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 הגישה תביעה למוסד לביטוח לאומי
				כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
				כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
				כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

פרטים על הפגיעה/אושפז ב: \*\*

\* 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 העברת כל המידע על הרכב שלי, המצוי במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה למבקשים הנוגעים בדבר.  
אני מתוודע  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 הדרושה לכך.

אני מבקש להעביר אליי את דוח השמאי בדואר האלקטרוני הרשום בסעיף א.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_