

שם הסוכן: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**הודעה על מקרה ביטוח לרכב**

נזק עצמי  נזק עצמי + נזק לצד ג'  נזק לצד ג' בלבד  אישור אי הגשה  אירוע עם נפגעי גוף

**פרטי המבוטח:**

שם משפחה	שם פרטי	מס' פוליסה	מס' זיהוי (כולל ספרת ביקורת)	טל' קווי טל' נייד
----------	---------	------------	------------------------------	----------------------

**פרטי הנהג באירוע: יש לצרף:  צילום ת.זהות  צילום רשיון נהיגה (של הנהג) - משני צדדיו  צילום ת.חובה**

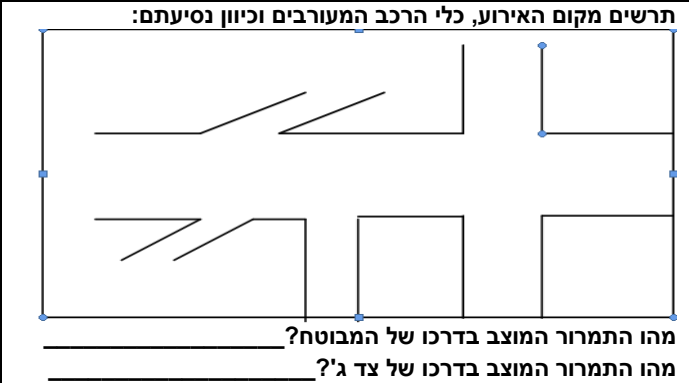
שם משפחה	שם פרטי	כתובת	הקשר בין הנהג למבוטח?	טל' קווי טל' נייד
תאריך לידה	מס' זיהוי (כולל ספרת ביקורת)	מס' רשיון נהיגה	סוג/ דרגת רשיון	תאריך הוצאת רשיון
				רשיון ישראלי <input type="checkbox"/> רשיון זר <input type="checkbox"/>

**פרטי הרכב: יש לצרף:  צילום רשיון הרכב**

מס' רישוי	שם יצרן / דגם	צבע	שנת ייצור	רשום על שם	הקשר בין בעל הרכב למבוטח?
-----------	---------------	-----	-----------	------------	---------------------------

**פרטי המקרה/התאונה:  במקרה של דווח למשטרה יש לצרף אישור המשטרה**

תאריך המקרה	שעת המקרה	המקום המדויק בו ארעה התאונה	האם הובא לידיעת המשטרה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	שם התחנה/ מס' יומן
-------------	-----------	-----------------------------	--	--------------------



תאור נסיבות המקרה (נא העבר תמונות של הרכבים המעורבים, במידה והרכבים צולמו על ידך מיד ובסמוך לאירוע ל [mokedtv@shlomo-bit.co.il](mailto:mokedtv@shlomo-bit.co.il))

תאור הנזקים לרכב המבוטח	קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>
תאור הנזקים לרכב צד ג'	קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>

בחרתי לתקן את רכבי במוסך \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ הסדר  כן  לא, השמאי הבודק \_\_\_\_\_

**פרטי כלי רכב המעורבים: אם באירוע מעורבים נפגעים נוספים /או רכבים צד ג' נוספים נא למלא בטופס נוסף**

מס' רישוי (של צד ג')	שם יצרן/ דגם	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה	שם סוכן (צד ג')
שם הנהג	כתובתו	טל' קווי טל' נייד		
עדים	שם העד	כתובת	מה הקרבה בין העד למבוטח	טל' קווי טל' נייד

**נפגעים ברכב /או כתוצאה מהרכב המבוטח בלבד - נהג  נוסע  הולך רגל  רוכב אופניים  אופנוע**

שם משפחה	שם פרטי	כתובת	מס' זיהוי (כולל ספרת ביקורת)	האם קרתה התאונה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה או ממנה <input type="checkbox"/> לא
מהות הפגיעה	גיל	האם אושפז? <input type="checkbox"/> כן, היכן? <input type="checkbox"/> לא		
האם בתאונה זו מעורבת משאית / רכב דו גלגלי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		האם ההסעה בשכר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

**הצהרה:**

הנני מצהיר כי כל המידע והפרטים שמסרתי הם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. הנני מתחייב להעביר מייד לשלמה ביטוח, כל מכתב /או כל מסמך שיגיעו אליי בנוגע למקרה זה. כמו כן, הנני מייפה את כוחה של ש. שלמה ביטוח, לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש על ידי צד ג' או מי מטעמו ולשאת בסכום ההשתתפות העצמית ע"פ תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרישה. בהסכמה זאת יש לראות הסכמה לדרישה לפי סעיף 68 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.

תאריך	שם ושם משפחה	חתימה
-------	--------------	-------

במידה והטופס מולא בטלפון: הריני להצהיר בזה שכל הפרטים שרשמו לעיל, נמסרו מפי מוסר ההודעה שפרטיו להלן אשר אישר לי בטלפון את נכונותם

שם מוסר ההודעה	תאריך מסירת ההודעה	שם ממלא הטופס	חתימת ממלא הטופס
----------------	--------------------	---------------	------------------