

הודעה על תאונה (ביטוח רכב)

א. פרטי המבוטח

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>
<input type="text"/>	מס' זהות	<input type="text"/>	טלפון בבית	<input type="text"/>
<input type="text"/>	טלפון בעבודה	<input type="text"/>	מספר פוליסה	<input type="text"/>
<input type="text"/>	כתובת	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	דואר אלקטרוני	<input type="text"/>		

ב. פרטי הנהג ברכב בעת המקרה

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>
<input type="text"/>	מס' זהות	<input type="text"/>	תאריך לידה	<input type="text"/>
<input type="text"/>	טלפון נייד	<input type="text"/>	טלפון בעבודה	<input type="text"/>
<input type="text"/>	כתובת	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	דואר אלקטרוני	<input type="text"/>	קשר נהג / בעל הפוליסה	<input type="text"/>
<input type="text"/>	מס' רישיון הנהיגה	<input type="text"/>	האם נהג ברשות המבוטח	<input type="text"/>
<input type="text"/>	בתוקף עד	<input type="text"/>	מס' רישיון	<input type="text"/>
<input type="text"/>	האם הרישיון נפסל	<input type="text"/>	מס' רישיון	<input type="text"/>

ג. פרטי הרכב

<input type="text"/>	שנת ייצור	<input type="text"/>	רשום על שם	<input type="text"/>
<input type="text"/>	דגם ויצרן	<input type="text"/>	משועבד / מעוקל לטובת	<input type="text"/>
<input type="text"/>	סוג הרכב	<input type="text"/>	מספר רכב	<input type="text"/>
<input type="text"/>	פרטי / מסחרי / מונית / גורר / נגרר / אוטובוס / אחר			

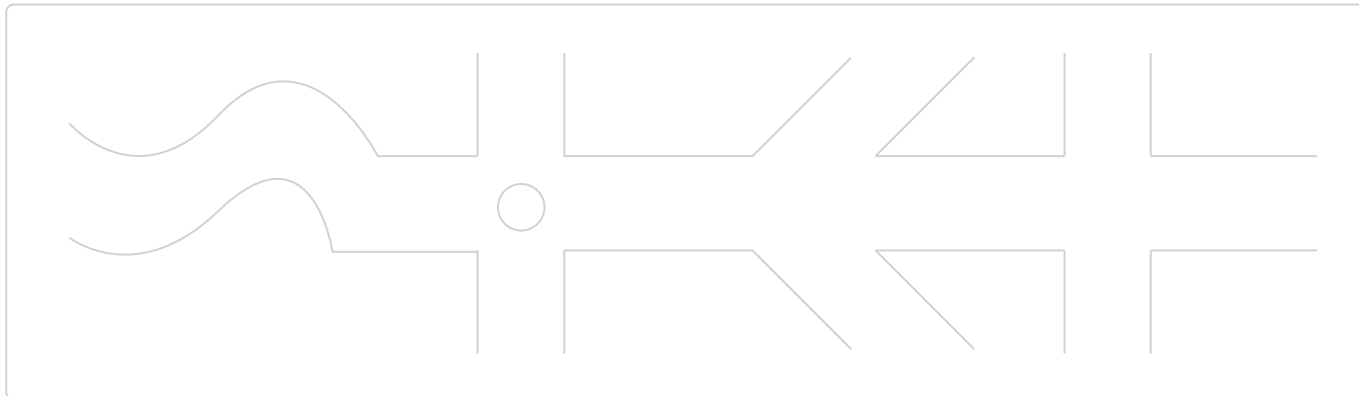
ד. פרטי התאונה

<input type="text"/>	תאריך האירוע	<input type="text"/>	שעת האירוע	<input type="text"/>
<input type="text"/>	מקום האירוע עיר / אזור / כביש	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	האם תאונה: בדרך לעבודה / במהלך העבודה / בחזרה מהעבודה	<input type="text"/>	האם הובא לידי המשטרה	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ראות טובה / חשכה / גשום / ערפל / לא טובה	<input type="text"/>	מס' נוסעים	<input type="text"/>
<input type="text"/>	מס' יומן / אירוע	<input type="text"/>	שם תחנה	<input type="text"/>

הודעה על תאונה (ביטוח רכב)

תיאור המקרה (במילים)

שרטוט המקרה (המקרה הצורך ניתן לצרף דף נוסף)



<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> אחר	<input type="checkbox"/> שמאלי	<input type="checkbox"/> ימני	<input type="checkbox"/> אחורי	<input type="checkbox"/> קדמי	מוקדי הנזק ברכב המבוטח
----------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> אחר	<input type="checkbox"/> שמאלי	<input type="checkbox"/> ימני	<input type="checkbox"/> אחורי	<input type="checkbox"/> קדמי	מוקדי הנזק ברכב צד ג'
----------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------

מי אשם בתאונה אני צד ג' לא יודע

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם הינך מאשר לפצות את צד ג'	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם במקרה הצורך תעמוד על גירסתך בבית משפט
----------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---

ה. פרטי הרכבים המעורבים - צד ג'

סוג הרכב פרטי / מסחרי מונית גורר / נגרר אוטובוס אחר

<input type="text"/>	שנת ייצור	<input type="text"/>	צבע	<input type="text"/>
----------------------	-----------	----------------------	-----	----------------------

<input type="text"/>	מספר רישוי	<input type="text"/>	שם בעל הרכב	<input type="text"/>
----------------------	------------	----------------------	-------------	----------------------

<input type="text"/>	טלפון נייד	<input type="text"/>	כתובת	<input type="text"/>
----------------------	------------	----------------------	-------	----------------------

<input type="text"/>	שם הנהג	<input type="text"/>	מס' זהות	<input type="text"/>
----------------------	---------	----------------------	----------	----------------------

<input type="text"/>	כתובת	<input type="text"/>	מס' פוליסה	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	------------	----------------------

<input type="text"/>	סוכן / טלפון	<input type="text"/>	חברת הביטוח	<input type="text"/>
----------------------	--------------	----------------------	-------------	----------------------

סוג הביטוח מקיף צד ג' חובה

הודעה על תאונה (ביטוח רכב)

ו. נפגעים

האם בבאירוע קיימים נפגעים כן לא

ז. עדים למקרה

משפחה ושם פרטי	כתובת	טלפון נייד	קרבה לבעל הפוליסה

ז. פרטי חשבון הבנק

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

שם בעל החשבון	<input type="text"/>	מס' זהות	<input type="text"/>
כתובת למשלוח הודעת זיכוי	<input type="text"/>		
שם הבנק	<input type="text"/>	שם סניף	<input type="text"/>
מס' הבנק	<input type="text"/>	מס' חשבון	<input type="text"/>

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

אני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח, מיד עם קבלת הודעה/תביעה כלשהי בקשר לתאונה הנ"ל, מכל גורם שהוא. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי היום נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. אני מאשר כי הובא לידיעתך ואני מסכים כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בנושא הביטוח וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים בקבוצת "כלל ביטוח", מאגרי מידע המשמשים את ענף הביטוח בארץ, וכן ככל הנדרש על-פי כל דין.

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 עפ"י תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.

תאריך שם מס' זהות

חתימה