

הודעה על מקרה ביטוח רכב רכוש ונזקי גוף

שים לב, חובה לצרף את המסמכים הבאים:

○ צילום רישיון נהיגה של הנהג ○ צילום רישיון רכב ○ צילום ת.ז. של הנהג ○ טופס מינוי שמאי ○ טופס הסכמה למסירת מידע ממשרד הרישוי

מס' פוליסה	שם הסוכן	שם שמאי מטפל	שם מוסך	○ הסדר ○ לא הסדר
------------	----------	--------------	---------	------------------

א. פרטי המבוטח

שם פרטי ושם משפחה	כתובת	ת.ז.
כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)	טלפון נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)	פקס
באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל, דואר אלקטרוני, פקס, נא סמן ב- ✓ את אמצעי התקשורת המועדף עלייך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: ○ דואר ישראל ○ דואר אלקטרוני בהיעדר סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו. בעקבות הוראת הפיקוח, על המבוטח חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. הננו להביא לידיעתך, כי לצורך הטיפול בתביעה נעשה שימוש במאגר רכב רכוש באמצעות מרכז הסליקה, בכל הקשור למידע על הרכב. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.		
מספר רישוי	שם יצרן	דגם
שנת ייצור	רשום על שם	סוג רכב

ב. פרטי הנהג

שם הנהג	כתובת	ת.ז.
מספר רישוי	טלפון/נייד	סוג רכב
תאריך לידה	מס' רישיון נהיגה	האם נהג ברשות המבוטח?

ג. פרטי אירוע ותאור המקרה

שעת המקרה	מקום התאונה/מסובת	חובא לידעת המשטרה	סמן מקום הפגיעה ברכבך
תאריך המקרה	מקום התאונה/מסובת	חובא לידעת המשטרה	סמן מיקום הפגיעה ברכב צד ג'
מי לדעתך אשם בתאונה? ○ נהג צד ג' ○ אחר פרטי העדים: תיאור מפורט של המקרה: מהו התמרוך המוצב בדרך מבוטח צד ג'			

ד. פרטי צד ג'

שם בעל הרכב	שם על הרכב	ת.ז.
כתובת	כתובת	טלפון/נייד
שם הנהג	שם הנהג	ת.ז.
כתובת	כתובת	טלפון/נייד
מס' רישוי	מס' רישוי	שם יצרן
צבע	צבע	שנת ייצור
חברה מבטחת	חברה מבטחת	מספר פוליסה

אני החתום מטה מסכים בזה, כי אגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח 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 המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח הנני מתחייב להתקשר, להודיע ולהעביר 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 על פי תנאי הפוליסה.
על החתום

תאריך: 16/04/24 בעל הרכב: חתימת המבוטח

אין בקבלת טופס זה משום הכרה בחבות ו/או בכיסוי הביטוחי ו/או בנזק.

ה. פרטי רכבים מעורבים / נפגעים

הועבר לתביעת גוף בתאריך

נפגעים	שם הנפגע	מזהות הפגיעה	ת.ז.	כתובת	טלפון
1	אחיה	מזהות הפגיעה	028431971	ת"א	0508673263
			אשפוז (שם ב"ח)		
			הולך רגל או אופניים		
			נוסע או נוהג ברכב		
			ברכב אחר		
2					
3					

1. האם התאונה הייתה תוך כדי עבודה ☐ כן ☐ לא האם בדרך לעבודה ☐ כן ☐ לא האם בחזרה מהעבודה ☐ כן ☐ לא
2. האם מעורבת משאית ☐ כן ☐ לא האם מעורב אופנוע ☐ כן ☐ לא האם מעורב נגרר ☐ כן ☐ לא אם כן, מ.ר. נגרר
3. האם הייתה הסעה בשכר ☐ כן ☐ לא האם מעורב רכב חונה ☐ כן ☐ לא אם כן, מ.ר. רכב חונה

ו. עדים למקרה

שם	כתובת	טלפון	מס' ת.ז.

מה הקשר של העד לאירוע?

פרטי חשבון הבנק

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

שם הבנק	שם הסניף	כתובת הסניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' הבנק

יש לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח

יש לצרף צילום ברור של המחאה

חתימת בעל הרכב

תאריך

נא לצרף: צילום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק, צילום רישיון נהיגה של הנהג, אישור משטרה ותיעוד רפואי.
במקרים בהם לא מצוין תאריך תשלום על גבי רישיון נהיגה, יש להמציא אישור משרד הרישוי לגבי תוקף הרישיון.
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 86 לחוק חוקה הביטוח תשמ"א - 1891.
הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית ע"פ תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.

חתימת המבוטח

תאריך: 16/04/24

ע"י קבלת טופס זה אין החברה מזדה באחריותה
אני החתום מטה מסכים בזה, כי האגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח 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 המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח

חתימת בעל הרכב

תאריך: 16/4/24



אילת
69

עסקי

שירות
טכני

KATZONLINE
052 511 1111

KATZONLINE
052 511 1111

KATZONLINE
052 511 1111

100

Linde



