

נא להשיב על כל השאלות
 מועדור השו"ב נא לסמן ק"ו

הודעה על תאונת דרכים

מס' תביעה: _____

פרטי המבוטח צילום ת. זהות צילום רישון נהיגה (של הנהג) צילום ת. חובה שם הסוכן: _____

| | | | |
|-----------|-------------|-------------------------------|-------------|
| שם המבוטח | מספר פוליסה | מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת) | טלפון עבודה |
| _____ | _____ | _____ | טלפון בית |

פרטי הנהג שם הנהג _____ כתובת _____ מה הקשר/קרבה בין הנהג למבוטח _____ טלפון עבודה _____ טלפון בית _____

תאריך לידה (מלא) _____ מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת) _____ מס' רישון נהיגה _____ סוג/דרגת הרישון _____ תאריך הוצאת הרישון _____

רישון ישראלי רישון זר

פרטי הרכב מספר רישוי _____ שם היצרן _____ דגם _____ סוג הרכב _____ שנת ייצור _____ רדיו _____ קוד הדגם עפ"י הפוליסה _____

פרטי המקרה / התאונה תאריך המקרה _____ שעת המקרה _____ המקום המדויק בו ארעה התאונה _____ האם הובא כן לא לדיעת המשטרה לא כן לא שם התחנה _____ מספר יומן / תיק _____

האם התאונה הייתה תוך כדי עבודה / בדרך לעבודה או חזרה מהעבודה: כן לא האם מעורבת משאית: כן לא האם הייתה הסעה בשכר: כן לא

תאור נסיבות המקרה: _____

תרשים מקום התאונה והתמורות; כלי הרכב המעורבים וכווני נסיעתם:

מהו התמורר המוצב בדרכו של הנהג המבוטח! _____ מהו התמורר המוצב בדרכו של צד ג'! _____

מי לדעתך אחראי לארוע התאונה אני נהג צד ג' לא יודע נא נמק תשובתך והסבר מדוע! _____

| | |
|-------------------------|--|
| תאור הנזקים ברכב המבוטח | תאור הנזקים ברכב צד ג' |
| שם העד (1) | שם העד (2) |
| כתובת | מה הקרבה בין העד לנהג / למבוטח טל. בית _____ טל. עבודה _____ |

פרטי רכבים מעורבים

| פרטי רכב על רכב (הפוגע) | מספר רישוי (של צד ג' הפוגע) | תאריך/זמן | סוג הרכב | שם חסדת הביטוח | מס' הפוליסה |
|-------------------------|-----------------------------|-----------|----------|----------------|-----------------|
| שם בעל הרכב | סמוע | _____ | _____ | טל. בית | טל. עבודה |
| שם הנהג | סמוע | _____ | _____ | מס' ת. זהות | מס' רישון נהיגה |
| מספר רישוי | שם הבעלים | _____ | _____ | שם חסדת הביטוח | _____ |
| מספר רישוי | שם הבעלים | _____ | _____ | שם חסדת הביטוח | _____ |

נפגעים ברכב ו/או ע"י הרכב המבוטח בלבד - נהג / נוסע / הולך רגל / רוכב אופניים

| שם הנפגע | כתובת | מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת) | | האם קרתה התאונה בדרך לעבודה או ממנה |
|-------------|-------|-------------------------------|--|--|
| | | גיל | האם אושפז <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> היכן? | |
| מהות הפגיעה | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| שם הנפגע | כתובת | מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת) | _____ | האם קרתה התאונה בדרך לעבודה או ממנה |
| מהות הפגיעה | _____ | גיל | האם אושפז <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> היכן? | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
| שם הנפגע | כתובת | מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת) | _____ | האם קרתה התאונה בדרך לעבודה או ממנה |
| מהות הפגיעה | _____ | גיל | האם אושפז <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> היכן? | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |

הרכב נמצא במוסד: _____ מוסד הסדר כן לא השמאי המטפל: _____ טל: _____

הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים. **תאריך:** _____ **חתימת הנהג:** _____