

הועבר לתביעת גוף בתאריך		ע"י		
נפגעים	שם נפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון
מהות פגיעה	אשפוז (שם ב"ח)		<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	
שם נפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון	
מהות פגיעה	אשפוז (שם ב"ח)		<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	
שם נפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון	
מהות פגיעה	אשפוז (שם ב"ח)		<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר	

1. האם התאונה היתה תוך כדי עבודה	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם בדרך לעבודה	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם בחזרה מהעבודה	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
2. האם מעורבת משאית	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם מעורב אופנוע	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם מעורב נגרר	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	מ.ר. נגרר
3. האם היתה הסעה בשכר	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	
האם מעורב רכב חונה	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	מ.ר. רכב חונה

עדים למקרה

שם	כתובת	טל	מס' ת.ז.
שם	כתובת	טל	מס' ת.ז.
מה הקשר של העד לארוע?			

פרטי חשבון הבנק

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

שם בעל החשבון	ס"ב	ת.ז. בעל החשבון
שם בנק	שם סניף	מס' חשבון
מס' בית	ישוב	מיקוד
רחוב	דואר אלקטרוני	

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

תאריך	יש לצרף צילום ברור של המחאה	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל החשבון
-------	-----------------------------	---

נא לצרף: צילום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק, צילום רשיון נהיגה של הנהג, אישור משטרה ותעוד רפואי. במקרים בהם לא מצויין תאריך תשלום על גבי רשיון נהיגה, יש להמציא אישור משרד הרשויות לגבי תוקף הרשיון.

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 68 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.

הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית ע"פ תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.

חתימת הנהג	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המבוטח
------------	---

ע"י קבלת טופס זה אין החברה מודה באחריותה

אני החתום מטה מסכים בזה, כי האגף לשרותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל 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 המנוהל ע"י איגוד חברות הביטוח.

תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הרכב
-------	---