

טופס הודעה – נפגעי גוף בתאונת דרכים

מבוטח / נפגע יקר,

נא הקף בעיגול באיזה אמצעי דיוור הנך מבקש להתנהל מולנו:

דואר ישראל / דואר אלקטרוני (נא לרשום בכתב ברור כתובת פעילה)

בהעדר סימון מסמכי התביעה ישלחו בדואר ישראל

נא לצרף את המסמכים הבאים :

צילום ת.זהות צילום רישיון נהיגה (של הנהג) צילום ת. חובה אישור משטרה מסמכים רפואיים

פרטי המבוטח

מספר טלפון נוסף	מספר טלפון	מספר פוליסה	שם משפחה	שם פרטי
מספר פקס	מיקוד	יישוב	כתובת : רחוב ומספר	כתובת דוא"ל
<input type="checkbox"/> רישיון ישראלי <input type="checkbox"/> רישיון זר	תאריך הוצאת הרישיון	סוג/דרגת הרישיון	מס' רישיון נהיגה	מ.זהות (כולל ספרת ביקורת)

פרטי הנהג בעת האירוע - נא למלא הפרטים רק אם שונים מפרטי המבוטח דלעיל

מין	תאריך לידה	מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה				
מספר פקס	מיקוד	יישוב	כתובת : רחוב ומספר	כתובת דוא"ל
<input type="checkbox"/> רישיון ישראלי <input type="checkbox"/> רישיון זר	תאריך הוצאת הרישיון	סוג/דרגת הרישיון	מס' רישיון נהיגה	מספר טלפון

במידה והנהג אינו המבוטח נא לפרט הקשר ביניהם :

פרטי הרכב

מספר רישוי	שנת ייצור	דגם	סוג הרכב

פרטי התאונה

מטרת הנסיעה	שעה משוערת	תאריך תאונה
<input type="checkbox"/> עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה או ממנה <input type="checkbox"/> פרטית	מ:..... עד:.....	

תיאור נסיבות המקרה :

.....

.....

.....

פרטי רכבים מעורבים / נפגעים

6026

כתובת: ת.ד. 6137, נתניה, טלפון: 076-8622394, פקס': 076-8622354

madorhova@shirbit.co.il



מס' רישוי של צד ג'	דגם	משקל	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה
		<input type="checkbox"/> קל <input type="checkbox"/> כבד מעל 4 טון		
שם בעל הרכב	כתובת	מס' תעודת זהות	שם הסוכן	טלפונים
שם הנהג	כתובתו	מס' תעודת זהות	טלפונים	דוא"ל

פרטי נפגעי גוף

האם יש נפגעים ברכבך	האם נפגעו הולכי רגל	נמסרה הודעה למשטרה	שם תחנה	תאריך דיווח
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
פרטי נפגע 1	מספר זהות	כתובת	כתובת דוא"ל	סוג נפגע
				<input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל/ רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית חולים	טלפונים נפגע	פנוי על ידי מד"א <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא במידה ופונה על ידי מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				

האם יש נפגעים ברכבך	האם נפגעו הולכי רגל	נמסרה הודעה למשטרה	שם תחנה	תאריך דיווח
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
פרטי נפגע 2	מספר זהות	כתובת	כתובת דוא"ל	סוג נפגע
				<input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל/ רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית חולים	טלפונים נפגע	פנוי על ידי מד"א <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא במידה ופונה על ידי מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				

האם יש נפגעים ברכבך	האם נפגעו הולכי רגל	נמסרה הודעה למשטרה	שם תחנה	תאריך דיווח
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
פרטי נפגע 3	מספר זהות	כתובת	כתובת דוא"ל	סוג נפגע
				<input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל/ רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית חולים	טלפונים נפגע	פנוי על ידי מד"א <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא במידה ופונה על ידי מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				

האם יש נפגעים ברכבך	האם נפגעו הולכי רגל	נמסרה הודעה למשטרה	שם תחנה	תאריך דיווח
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
פרטי נפגע 4	מספר זהות	כתובת	כתובת דוא"ל	סוג נפגע
				<input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל/ רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית חולים	טלפונים נפגע	פנוי על ידי מד"א <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא במידה ופונה על ידי מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				

הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____