

הודעה על נפגעי גוף בתאונת דרכים



מס' רכב :
שם הסוכן :

שירביט SHIRBIT
חברה לביטוח בע"מ Insurance Company LTD.

מסמכים שיש לצרף : צילום ת.זהות צילום רישיון נהיגה (של הנהג) צילום ת. חובה אישור משטרה מסמכים רפואיים
העתק המסמכים נא לשלוח במצורף לטופס זה לאחר מילוי הפרטים לכתובתנו :
שירביט חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 6137, מחלקת תביעות גוף חובה

פרטי המבוטח

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

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

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

במידה והנהג אינו המבוטח נא לפרט הקשר ביניהם :

.....

פרטי הרכב

סוג הרכב	דגם	שנת ייצור	מספר רישוי

פרטי התאונה

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

תאור נסיבות המקרה :

.....
.....
.....

פרטי רכבים מעורבים / נפגעים

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	כתובת	מס' תעודת זהות	טלפונים	דוא"ל

פרטי נפגעי גוף

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

סוג נפגע	כתובת דוא"ל	כתובת	מספר זהות	פרטי נפגע 2
נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל/ <input type="checkbox"/> רוכב אופניים				
פנוי על ידי מד"א <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> במידה ופונה על ידי מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי		טלפונים נפגע	שם בית חולים	האם אושפז
				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

סוג נפגע	כתובת דוא"ל	כתובת	מספר זהות	פרטי נפגע 3
נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל/ <input type="checkbox"/> רוכב אופניים				
פנוי על ידי מד"א <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> במידה ופונה על ידי מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי		טלפונים נפגע	שם בית חולים	האם אושפז
				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

סוג נפגע	כתובת דוא"ל	כתובת	מספר זהות	פרטי נפגע 4
נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל/ <input type="checkbox"/> רוכב אופניים				
פנוי על ידי מד"א <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> במידה ופונה על ידי מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי		טלפונים נפגע	שם בית חולים	האם אושפז
				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____