

| | | | | |
|--------------------|--------|---|----------------|------------|
| 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: _____