

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****

יש לצרף את המסמכים הבאים :
 צילום ת.זהות צילום רישיון נהיגה (של הנהג) צילום ת. חובה אישור משטרה מסמכים רפואיים

פרטי המבוטח

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

פרטי הנהג בעת האירוע - ימולא רק אם שונים מפרטי המבוטח דלעיל

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

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	

תיאור נסיבות המקרה:

.....

פרטי רכבים מעורבים / נפגעים

מס' רישוי של	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	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם נפגעו הולכי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	נמסרה הודעה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם תחנה	תאריך דיווח
פרטי נפגע 1	מספר זהות	כתובת	כתובת דוא"ל	סוג נפגע			
פנוי על ידי מד"א <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> במידה ופונה על ידי מד"א נא לצרף דו"ח הפינני							
האם אושפז	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם בית חולים	טלפונים נפגע				

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

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

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

הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____