

מספר רישוי	מוסך מתקן
שמי מטפל	שם הסוכן

מטעמי נוחות בלבד נכתב טופס זה בלשון זכר אך פנייתו אל נשים וגברים כאחד

הודעה על מקרה ביטוח - רכב

- מקיף צד ג' חובה
 הודעת זהירות אי הגשה נזק עצמי נזק עצמי ולצ"ג גניבת רכב רדיו נפגעי גוף אחר

1. פרטי המבוטח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	דואר אלקטרוני
מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד	מספר טלפון בעבודה	עיסוק / מקצוע
כתובת מגורים / רחוב	מספר בית	עיר	מיקוד

2. פרטי הנהג ברכב בעת המקרה

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד	מספר טלפון בעבודה	האם נהג ברשות המבוטח
כתובת מגורים / רחוב	מספר בית	עיר	מיקוד
קשר נהג / בעל הפוליסה	מספר רישיון נהיגה	סוג / דרגת רישיון	בתוקף עד
		האם הרשיון נפסל	תאריך הוצאת רישיון נהיגה

3. פרטי הרכב

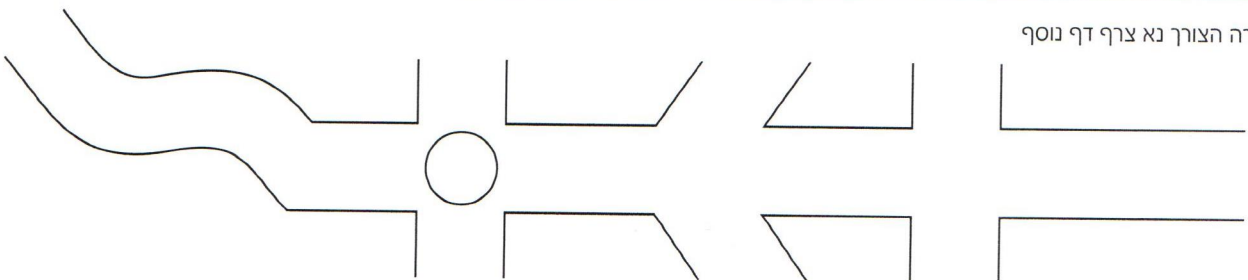
רשום על שם	שנת ייצור	דגם	יצרן
הרכב משועבד / מעוקל לטובת	סוג הרכב	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> גורר / גרר <input type="checkbox"/> אוטובוס <input type="checkbox"/> אחר	

4. פרטי התאונה

תאריך אירוע	שעה	כתובת מקום האירוע: עיר / אזור / כביש	ראות
<input type="checkbox"/> בשטח בנוי <input type="checkbox"/> בשטח פתוח	מהירות בקמ"ש	האם הובא לידיעת המשטרה	<input type="checkbox"/> טובה <input type="checkbox"/> חשכה <input type="checkbox"/> גשום <input type="checkbox"/> ערפל <input type="checkbox"/> לא טובה
	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מס' יומן / אירוע	שם תחנה

תיאור המקרה:

במקרה הצורך נא צרף דף נוסף



מוקדי הנזק ברכב	מי אשם בתאונה?
ברכב המבוטח: <input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר ברכב צד ג': <input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר	<input type="checkbox"/> אני <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> לא ידוע נמק מדוע: _____

5. פרטי הרכבים המעורבים: (פרטי צד ג')

מספר רישוי	צבע	דגם	יצרן	שנת ייצור	סוג הרכב
					<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> גורר / נגרר <input type="checkbox"/> אוטובוס <input type="checkbox"/> אחר
מספר טלפון נייד	כתובת			מספר זהות	שם בעל הרכב
מספר טלפון נייד	כתובת			מספר זהות	שם הנהג
שם חברת הביטוח		סוכן / טלפון		מספר פוליסה	סוג הביטוח
					<input type="checkbox"/> מקיף <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> חובה

6. נפגעים

האם באירוע קיימים נפגעים? כן לא

7. עדים למקרה

שם משפחה ושם פרטי	כתובת	מספר טלפון נייד	קרבה לבעל הפוליסה

8. פרטי חשבון בנק (נא צרף צילום המחאה מבוטלת)

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

שם בעל החשבון	מספר זהות/ח"פ	כתובת למשלוח הודעת זיכוי	
שם בנק	מס' בנק	שם סניף	מספר חשבון

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

תאריך _____ חתימת בעל החשבון _____

9. הצהרות

אני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח, מיד עם קבלת הודעה/תביעה כלשהי בקשר לתאונה הנ"ל, מכל גורם שהוא. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי היום נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. אני מאשר כי הובא לידיעתי ואני מסכים כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בנושא הביטוח וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים בקבוצת "כלכל ביטוח", מאגרי מידע המשמשים את ענף הביטוח בארץ, וכן ככל הנדרש על-פי כל דין.

הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי.

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

תאריך _____ שם _____ מספר זהות _____ חתימה _____

לאחר השלמת הפרטים יש להעביר טופס זה אלינו לכתובת :
077-6385500 או Clalvesa4u@clal-ins.co.il