

הודעה על מקרה ביטוח רכב

שים לב, חובה לצרף את המסמכים הבאים:

○ צילום רישיון נהיגה של הנהג ○ צילום רישיון רכב ○ צילום ת.ז. של הנהג ○ טופס מינוי שמאי ○ טופס הסכמה למסירת מידע ממשרד הרישוי

| | | | | |
|------------|----------|--------------|---------|------------------|
| מס' פוליסה | שם הסוכן | שם שמאי מטפל | שם מוסך | ○ הסדר ○ לא הסדר |
|------------|----------|--------------|---------|------------------|

א. פרטי המבוטח

| | | |
|---|-------------------------------------|------|
| שם המבוטח | כתובת | ת.ז. |
| כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד) | טלפון נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל) | פקס |

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל, דואר אלקטרוני, פקס. נא סמן ב- ✓ את אמצעי התקשורת המועדף עלייך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: ○ דואר ישראל ○ דואר אלקטרוני ○ פקסימיליה. בהיעדר סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו. בעקבות הוראת הפיקוח, על המבוטח חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

| | | | |
|------------|------------|---------|----------------------|
| מספר רישוי | שם יצרן | דגם | ○ פרטי ○ מסחרי ○ אחר |
| שנת יצור | רשום על שם | סוג רכב | |

ב. פרטי הנהג

| | | |
|----------------------|------------------|-----------------------|
| שם הנהג | כתובת | ת.ז. |
| מה הקשר/קרבה למבוטח? | תאריך לידה | טלפון/נייד |
| ○ כן ○ לא | מס' רישיון נהיגה | האם נהג ברשות המבוטח? |

ג. פרטי אירוע ותאור המקרה

| | | | | |
|-------------|-----------|-------------------|------------------------------|----------|
| תאריך המקרה | שעת המקרה | מקום התאונה/כתובת | הובא לידיעת המשטרה ○ כן ○ לא | שם התחנה |
|-------------|-----------|-------------------|------------------------------|----------|

מי לדעתך אשם בתאונה: ○ אני ○ נהג צד ג' פרטי העדים:

סמן מקום הפגיעה ברכבך סמן מיקום הפגיעה ברכב צד ג'

שרטוט מקום המקרה

מהו התמרור המוצב בדרך

ד. פרטי צד ג'

| | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| שם בעל הרכב | ת.ז. | שם בעל הרכב | ת.ז. |
| כתובת | טלפון/נייד | כתובת | טלפון/נייד |
| שם הנהג | ת.ז. | שם הנהג | ת.ז. |
| כתובת | טלפון/נייד | כתובת | טלפון/נייד |
| מס' רישוי | שם יצרן | מס' רישוי | שם יצרן |
| צבע | שנת ייצור | צבע | שנת ייצור |
| חברה מבטחת | מספר פוליסה | חברה מבטחת | מספר פוליסה |

אני החתום מטה מסכים בזה, כי אגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח הנני מתחייב להתקשר, להודיע ולהעביר לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנ"ל מכל גורם שהוא. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה ומבקש לשלם לי על פי תנאי הפוליסה.

על החתום

| | | |
|-------|----------|--------|
| תאריך | בעל הרכב | המבוטח |
|-------|----------|--------|

אין בקבלת טופס זה משום הכרה בחבות ו/או בכיסוי הביטוחי ו/או בנזק.

ה. פרטי רכבים מעורבים / נפגעים

הועבר לתביעת גוף בתאריך ע"י

| נפגעים | שם הנפגע | ת.ז. | כתובת | טלפון |
|--------|-------------|-----------------|--|-------|
| 1 | מהות הפגיעה | אשפוז (שם בי"ח) | <input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר | טלפון |
| | שם הנפגע | ת.ז. | כתובת | טלפון |
| 2 | מהות הפגיעה | אשפוז (שם בי"ח) | <input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר | טלפון |
| | שם הנפגע | ת.ז. | כתובת | טלפון |
| 3 | מהות הפגיעה | אשפוז (שם בי"ח) | <input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר | טלפון |
| | שם הנפגע | ת.ז. | כתובת | טלפון |

- האם התאונה הייתה תוך כדי עבודה כן לא האם בדרך לעבודה כן לא האם בחזרה מהעבודה כן לא
- האם מעורבת משאית כן לא האם מעורב אופנוע כן לא האם מעורב נגרר כן לא אם כן, מ.ר. נגרר
- האם הייתה הסעה בשכר כן לא האם מעורב רכב חונה כן לא אם כן, מ.ר. רכב חונה

ו. עדים למקרה

| שם | כתובת | טלפון | מס' ת.ז. |
|----|-------|-------|----------|
| | | | |
| | | | |

מה הקשר של העד לאירוע?

פרטי חשבון הבנק

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

| שם בעל החשבון | | ת.ז. | |
|---|----------|-------------|---------------------|
| שם הבנק | שם הסניף | כתובת הסניף | מס' חשבון |
| כתובת למשלוח הודעת זיכוי | רחוב | מס' בית | מיקוד |
| | | | כתיבת דואר אלקטרוני |
| ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> שי לצרף צילום ברור של המחאה | | תאריך | |
| חתימת בעל הרכב | | תאריך | |

נא לצרף: צילום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק, צילום רישיון נהיגה של הנהג, אישור משטרה ותיעוד רפואי.

במקרים בהם לא מצוין תאריך תשלום על גבי רישיון נהיגה, יש להמציא אישור משרד הרישוי לגבי תוקף הרישיון. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה ומבקש לשלם לי ע"פ תנאי הפוליסה, הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י דג' ו/או מי מטעמו כנגדי ובהסכמתי זו יש לראות הסכמה בהתאם לדרישת סעיף 86 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1891. הריני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית ע"פ תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.

| | |
|--|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> חתימת המבוטח | תאריך |
|--|-------|

ע"י קבלת טופס זה אין החברה מודה באחריותה

אני החתום מטה מסכים בזה, כי האגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח

| | |
|--|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הרכב | תאריך |
|--|-------|

הנדון: הרשאה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח

לכבוד

מחלקת תביעות רכב

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

רח' דרך השלום 53

גבעתיים 5345433

פקס: 03-7238815

| | |
|-----------|------------|
| | |
| תביעה מס' | אירוע מיום |

אני החתום מטה _____ ת.ז. _____

מרחוב _____ מס' _____, ישוב _____ מיקוד _____

טלפון _____ נייד _____

| ← פרטי הבנק | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------------------|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| שם הבנק | | ת.ז. / ח.פ. | | שם בעל החשבון | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| מס' חשבון | מס' הסניף | שם הסניף | מס' הבנק | כתובת הסניף | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> מצורף בזה צילום המחאה. | | | | | | | | | | | | | | |
| אבקש להעביר אליי דיווח על ביצוע התשלום בהעברה בנקאית, כולל פרטי, באמצעות אחד מאלה: | | | | | | | | | | | | | | |
| כתובת דואר | | כתובת דואר | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| מספר פקס | | מספר טלפון נייד (SMS) | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהיא של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח. | | | | | | | | | | | | | | |
| X | | | | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| חתימה | | | | תאריך | | | | | | | | | | |