

זהות המדווח:  פרטי  חברה  אישור אי-הגשה

**א פרטי המבוטח והפוליסה**

מס' הפוליסה	סוג הביטוח	שם הסוכן
מס' רישוי	תוצר ודגם	שנת ייצור
שם המבוטח	מס' ת.ז.	סוג הרכב <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> אחר
רחוב	מס' / ישוב	עוסק מורשה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
טלפון בית	טלפון נייד	פקס
דואר אלקטרוני	Email	

**ב פרטי הנהג** (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

שם הנהג	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ
רחוב	מס' / ישוב	מיקוד	
טלפון בית	טלפון נייד		
מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון	שנת הוצאת רישיון	בטוקף עד - <input type="checkbox"/> האם נהג ברשות מבוטח <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

**ג פרטי התאונה**

תאריך	שעה	מקום/כתובת אתר התאונה
נגבתה עדות ע"י משטרת ישראל בתחנת	מס' יומן	מס' תיק
תיאור הנזק / מיקום הנזק ברכב המבוטח		
האם היה באירוע? <input type="checkbox"/> גרר <input type="checkbox"/> משטרה <input type="checkbox"/> מכבי אש		

**תיאור מפורט של התאונה** (במידה והמקום לא מספיק ניתן להוסיף דף מלווה עם פרטים נוספים ובלבד שבראש הדף יציין בהבלטה **מספר הרכב**):

<b>תרשים מקום התאונה</b>	
 <p>אזור פגיעה רכב מנסח חזית</p>  <p>אזור פגיעה רכב צד ג' חזית</p>	
<b>עדים</b>	
1	שם / טלפון
	כתובת
2	שם / טלפון
	כתובת
שמאי	מוסך

**ד פרטי המעורב - צד ג'** (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

מס' רישוי	סוג הרכב: <input type="checkbox"/> רכב קל <input type="checkbox"/> רכב כבד מעל 4 טון	סוג ביטוח: <input type="checkbox"/> מקיף <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> חובה
שם בעל הרכב	מס' ת.ז.	כתובת / טלפון
שם הנהג	מס' ת.ז.	כתובת / טלפון
שם חברת הביטוח	מס' הפוליסה	תיאור הנזק / מיקום הנזק לצד ג'

**ה הצהרת המבוטח**

הנני מעוניין כי תביעת צד ג' שתוגש נגדי תטופל ו/או תשולם על ידי החברה  לא  כן  
 במידה וכן, הנני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרושה להשתתפות עצמית. כמו כן, הנני מיפה את כוחה של הראל חברה לביטוח בע"מ לצלם את תיק המשטרה / בית המשפט ככל שיידרש. הנני מתחייב בזה להעביר מיידית לחברה כל הודעה, הזמנה, בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. כמו כן, הנני מצהיר כח כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.

תאריך: \_\_\_\_\_ הטופס מולא ע"י: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח/ת: \_\_\_\_\_