

## טופס הודעה על מקרה - נזק רכוש

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

שם פרטי		שם משפחה		מספר תעודת זהות	
כתובת		מספר טלפון נייד		תאריך לידה	
מספר טלפון נייד		מספר טלפון נייד		דוא"ל	
מספר פוליסה		שם סוכן		טלפון סוכן	

אש, גניבה או אובדן			
סוג אירוע		תאריך האירוע	
שעת אירוע		פירוט הנזק לצד ג'	
כתובת מדוייקת (מקום האירוע)			
תיאור מפורט של נסיבות הנזק			
<p>האם אירוע נזק לצד ג' <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>מי לדעתך אחראי לנזק? <input type="checkbox"/> מבוטח <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/></p>			
שם צד ג'		מס' תעודת זהות צד ג'	
כתובת צד ג'		מס' טלפון צד ג'	
שם תחנה שניתנה הודעה		האם ניתנה הודעה למשטרה/מכבי אש/רשות אחרת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	

במקרה של גניבה	
כיצד בוצעה הפריצה למקום ומהיכן? פרטי סימנים חיצוניים של הפריצה	
<p>האם מישהו חשוד באירוע? יש לרשום שם מלא אם ניתן</p> <p>מקום האירוע, יש לספק כתובת מדוייקת</p>	

שם עד		מס' טלפון		כתובת	
שם עדי		מס' טלפון		כתובת	

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<b>האם התובע הוא הבעלים היחיד של הרכוש הניזוק?</b>		<b>פרטי בעלים</b>
<b>פירוט השותפים הנוספים</b>				
<b>מספר תעודת זהות</b>		<b>שם משפחה</b>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<b>תאריך לידה</b>		<b>כתובת</b>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<b>דוא"ל</b>		<b>מספר טלפון נייד</b>		<b>ביטוחים נוספים</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<b>האם בזמן קרות הנזק קיימים ביטוחים אחרים על הרכוש הנ"ל?</b>		
<b>פירוט ביטוחים</b>				
<b>מספר פוליסה</b>		<b>שם חברת הביטוח</b>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<b>תביעות עבר</b>
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<b>האם הגשת בעבר תביעת רכוש לחברת ביטוח?</b>		
<b>פירוט תביעות</b>				
<b>שנה</b>		<b>מספר פוליסה</b>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<b>פירוט קצר</b>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<b>שנה</b>		<b>מספר פוליסה</b>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<b>פירוט קצר</b>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<b>שנה</b>		<b>מספר פוליסה</b>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<b>פירוט קצר</b>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

