טופס תביעה
תאונה תוך כדי שימוש בקורקינט חשמלי

חברה לביטוח שומרה
משרד ראשי: הסיבים 23 פ"ת 4959381
טל: 03-9258000 פקס: 03-9249588
www.shomera.co.il

☐ פציעה עקב תאונת דרכים | ☐ נזק רכוש לצד ג' | ☐ נזק גוף לצד ג'

פרטי שוכר הקורקינט

שם שוכר הקורקינט	מס' ת"ז	כתובת
מס' טלפון / נייד	מס' פקס	דוא"ל לקבלת עדכונים בקשר לתביעה @

פרטי המשתמש בקורקינט

שם המשתמש בקורקינט	מס' ת"ז	הקשר לשוכר הקורקינט	כתובת
מס' טלפון / נייד	תאריך לידה	האם נהג ברשות המבוטח ☐ כן ☐ לא	

פרטי האירוע

תאריך האירוע	שעה	יום	כתובת מקום האירוע	האם דווח למשטרה ☐ כן ☐ לא
מטרת הנסיעה	נוסעים שהורכבו על הקורקינט שם: מס' טלפון:		עדים לאירוע שם: מס' טלפון:	

תיאור האירוע: _____

מהירות נסיעתך: _____

תרשים מקום התאונה:
(נא לצרף תמונות ככל שישנן)

יש למלא במקרה של פגיעה במשתמש בקורקינט

מהות הפגיעה:

כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים _____ מתאריך: _____ עד תאריך: _____

כתוצאה מהפגיעה קיבלתי טיפול רפואי ראשוני על ידי (נא לציין את שם המוסד הרפואי ו/או הרופא המטפל) _____

כיום אני מטופל/ת בקשר עם התאונה על ידי (נא לציין את שם המוסד הרפואי ו/או הרופא המטפל) _____

שם קופת החולים: _____ שם רופא המשפחה: _____

כתוצאה מפגיעה זו נקבעו לי אחוזי נכות על ידי: _____ שיעור הנכות: _____

האם סבלת בעבר מפגיעה/פציעה דומה? ☐ כן ☐ לא. פרט: _____

האם הינך סובל ממחלות רקע? ☐ כן ☐ לא. פרט: _____

פרטי צד ג' - יש למלא במקרה של נזק לצד ג'

(אם באירוע מעורבים מספר צדי ג' יש למלא בטופס נוסף ולצרף לטופס זה)

מהות הפגיעה: ☐ פגיעה בהולך רגל ☐ פגיעה ברכב ☐ פגיעה ברכוש אחר

שם הנפגע	מס' ת"ז	מס' טלפון / נייד	תיאור הפגיעה
מספר רישוי	שם יצרן הרכב, דגם וצבעו / תיאור הרכוש שניזוק	שם הנהג ברכב צד ג'	שם חברת הביטוח

הרשאה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח ופרטי חשבון בנק

אני הח"מ מבקש ומאשר בזאת להעביר את תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע המפורט לעיל, לחשבון הבנק שפרטיו להלן. ידוע לי כי אין בהרשאה/בקשה זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

שם בעל החשבון	מס' ת"ז	שם בנק	שם סניף
מספר חשבון	מספר סניף	מספר בנק	כתובת דוא"ל למשלוח הודעת זיכוי @
תאריך	✔ **חתימת המבוטח**		

יש לצרף את המסמכים הבאים

פציעה: ☑ תיעוד רפואי ☑ חוו"ד רפואית ☑ החלטת ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי ☑ טופס ויתור על סודיות רפואית ☑ אישור משטרה

הצהרת המשתמש בקורקינט

☐ **אני מאשר לשומרה לפצות את תובע צד ג בגין התאונה בכפוף לבדיקתה (על פי סעיף 68 לחוק חוזה הביטוח).**

אני הח"מ מצהיר בזאת שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים, וכי לא הסתרתי כל עובדה רלוונטית לבדיקת חבות המבטח.

תאריך	שם ושם משפחה	✔ **חתימה** _____