

טופס הודעה על נפגעי גוף

| | | | |
|-------------|------------|-----------|-------------|
| ___/___/___ | | | פרטי המבוטח |
| תאריך לידה | תעודת זהות | שם המבוטח | |

| | | | |
|--------------|---------------------|--------------|--------------|
| | | | פרטי התקשרות |
| טלפון סלולרי | כתובת דואר אלקטרוני | כתובת מגורים | |

| | | | | |
|----------------|------------|------------|-----------|-----------|
| | | | פרטי הרכב | |
| שם היצרן והדגם | | סוג הרכב | | |
| | | | | |
| מספר פוליסה | מד קילומטר | מספר רישוי | | שנת ייצור |

| | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------------------|---|
| | | | פרטי הנהג בעת האירוע: מבוטח <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> |
| כתובת | תעודת זהות | שם הנהג | |
| דואר אלקטרוני | טלפון נוסף | טלפון נייד ___/___/___ | |
| מספר רישיון נהיגה | תאריך הוצאת רישיון נהיגה | תאריך לידה | |
| | | | |

| | | | |
|--------------|------------|--------------|-------------|
| | | | פרטי האירוע |
| כתובת התאונה | שעת האירוע | תאריך האירוע | |

| | |
|-------|-----------------------------|
| _____ | תיאור מפורט של האירוע והנזק |
| _____ | |
| _____ | |

| | | | |
|---|------------------------------|---------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> של צד ג' <input type="checkbox"/> אף אחד | <input type="checkbox"/> שלך | | מעורבות משטרה |
| שלילות רישיון | מועד גביית העדות | שם תחנת גביית העדות | |



| | | | |
|-------|-------|----|----------------------------|
| | | | עדים שנכחו במקום האירוע |
| טלפון | כתובת | שם | |

| | | | |
|----------------------|---|-----------------|--|
| | | | נפגע גוף 1 (יש לפרט ביחס לכל נפגע) |
| כתובת | תעודת זהות | שם הנפגע | |
| נוסע ברכב/הולך רגל | מהות הפגיעה | טלפון נייד | |
| תפקיד/עיסוק | מקום עבודה כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | תאריך לידה | |
| אשפוז (שם בית חולים) | האם אירעה התאונה בדרך מ/אל העבודה? | קופת חולים/סניף | |

| | | | |
|----------------------|---|------------|--|
| | | | נפגע גוף 2 (יש לפרט ביחס לכל נפגע) |
| כתובת | תעודת זהות | שם הנפגע | |
| נוסע ברכב/הולך רגל | מהות הפגיעה | טלפון נייד | |
| תפקיד/עיסוק | מקום עבודה כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | תאריך לידה | |
| אשפוז (שם בית חולים) | האם אירעה התאונה בדרך מ/אל העבודה? | קופ"ח/סניף | |

| | | | |
|----------------------|---|------------|---|
| | | | נפגע גוף 3 יש לפרט ביחס לכל נפגע) |
| כתובת | תעודת זהות | שם הנפגע | |
| נוסע ברכב/הולך רגל | מהות הפגיעה | טלפון נייד | |
| תפקיד/עיסוק | מקום עבודה | תאריך לידה | |
| | לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> | | |
| אשפוז (שם בית חולים) | האם אירעה התאונה בדרך מ/אל העבודה? | קופ"ח/סניף | |
| | | | |

| | | | |
|---------------|----------------|------------|-----------------------------------|
| | | | מעורבות משאית (כלי רכב כבד) |
| תעודת זהות | שם בעל הרכב | | |
| טלפון נייד | כתובת | | |
| | | | |
| שם חברת ביטוח | מספר פוליסה | מספר רישוי | |
| טלפון נהג | תעודת זהות נהג | שם נהג | |

נא לצרף: צילום רישיון נהיגה של הנהג, אישור משטרה, ותיעוד רפואי

- הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל מידע ופרט בקשר לתאונה. הנני מתחייב להתקשר, להודיע ולהעביר לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כלשהי בקשר לתאונה הנ"ל מכל גורם שהוא. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה.
- הנני מצהיר בזאת כי ידוע לי כי החברה תיידע אותי בתוצאות הבירור ו/או המשך הבירור, לפי העניין, באמצעים דיגיטליים וכי אני מסכים לכך.

| | | | |
|--------------|------------|-------|-------|
| | | | |
| שם מלא מבוטח | תעודת זהות | תאריך | חתימה |
| שם מלא נהג | תעודת זהות | תאריך | חתימה |