

זהות המדווח: פרטי חברה אישור אי-הגשה

א פרטי המבוטח והפוליסה

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

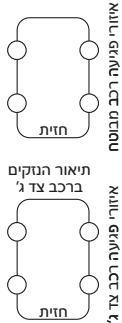
ב פרטי הנהג (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

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

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 <input type="checkbox"/>		תיאור מפורט של התאונה (במידה והמקום לא מספיק ניתן להוסיף דף מלווה עם פרטים נוספים ובלבד שבראש הדף יצויין בהבלטה מספר הרכב):	

תרשים מקום התאונה




שם		טלפון		עדים	
כתובת		טלפון		כתובת	
שם		טלפון		כתובת	
שמי		מוסך		המקרה אירע <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> במהלך העבודה <input type="checkbox"/> בדרך ממקום העבודה <input type="checkbox"/>	

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	
שם הנהג		מס' ת.ז.		כתובת	
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 הדרישה 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 מידע לחברה כל הודעה, הזמנה, בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. כמו כן, הנני מצהיר כי כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.

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

אני מאשר/ת שכל ההודעות הקשורות לנושא בירור התביעה ישלחו אליי באחד האמצעים הבאים:

דואר אלקטרוני טלפון נייד דואר ישראל

****בהיעדר סימון מסמכי התביעה ישלחו בדואר ישראל**

