

מספר פוליסה \_\_\_\_\_  
שם הסוכן \_\_\_\_\_, טל' / נייד \_\_\_\_\_

## הודעה על מקרה ביטוח רכב

שם לב, חובה לצרף את המסמכים הבאים:  
 צילום רישיון נהיגה של הנהג  צילום רישיון רכב  צילום ת.ז. של הנהג  טופס מינוי שמאי  טופס הסכמה למסירת מידע ממשרד הרישוי  
 שם השמאי המטפל \_\_\_\_\_ שם המוסך \_\_\_\_\_  הסדר  לא הסדר

### א. פרטי המבוטח

שם המבוטח	כתובת	ת.ז.
כתובת דואר אלקטרוני	טלפון / נייד	פקס
_____@_____		
מספר רישוי	שם יצרן	דגם
		סוג רכב פרטי / מסחרי / אחר
שנת יצור	רשום על שם	

### ב. פרטי הנהג

שם הנהג	כתובת	ת.ז.
מה הקשר/קרבה למבוטח?	תאריך לידה	טלפון / נייד
		מס' רישיון נהיגה
		האם נהג ברשות המבוטח כן / לא

### ג. פרטי אירוע ותאור המקרה

שם התחנה	הובא לידיעת המשטרה כן / לא	מקום התאונה / כתובת	שעת המקרה	תאריך המקרה	
 		סמן מקום הפגיעה ברכבך	מי לדעתך אשם בתאונה: אני / נהג צד ג' / לא יודע		
		סמן מיקום הפגיעה ברכב צד ג'	פרטי העדים: _____		
שרטוט מקום המקרה		תאור מפורט של המקרה			
מהו התמרוז המוצב בדרך מבוטח צד ג'		_____ _____ _____ _____ _____ _____			

### ד. פרטי צד ג'

שם בעל הרכב	שם בעל הרכב	ת.ז.	ת.ז.
כתובת	כתובת	טלפון / נייד	טלפון / נייד
שם הנהג	שם הנהג	ת.ז.	ת.ז.
כתובת	כתובת	טלפון / נייד	טלפון / נייד
מס רישוי	מס רישוי	שם יצרן	שם יצרן
צבע	צבע	שנת ייצור	שנת ייצור
חברה מבטחת	חברה מבטחת	מספר פוליסה	מספר פוליסה

אני החתום מטה מסכים בזה, כי אגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח הנני מתחייב להתקשר, להודיע ולהעביר לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנ"ל מכול גורם שהוא.  
 הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה ומבקש לשלם לי על פי תנאי הפוליסה.

### על החתום

המבוטח \_\_\_\_\_, בעל הרכב \_\_\_\_\_, תאריך \_\_\_\_\_  
 אין בקבלת טופס זה משום הכרה בחבות ואו בכיסוי הביטוחי ואו בנזק.

פרטי רכבים מעורבים / נפגעים			
הועבר לתביעת גוף בתאריך			ע"י
שם נפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון
מהות פגיעה	אשפוז (שם בי"ח) <input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר <input type="radio"/>		
שם נפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון
מהות פגיעה	אשפוז (שם בי"ח) <input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב <input type="radio"/>		
שם נפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון
מהות פגיעה	אשפוז (שם בי"ח) <input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר <input type="radio"/>		

1. האם התאונה היתה תוך כדי עבודה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם בדרך לעבודה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם בחזרה מהעבודה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2. האם מעורבת משאית	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם מעורב אופנוע	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם מעורב נגרר	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
מ.ר. נגרר	
3. האם היתה הסעה בשכר	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם מעורב רכב חונה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
מ.ר. רכב חונה	

עדים למקרה			
שם	כתובת	טל'	מס' ת.ז.
שם	כתובת	טל'	מס' ת.ז.

מה הקשר של העד לארוע?

**פרטי חשבון הבנק**  
הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה

שם בעל החשבון		ת.ז. בעל החשבון	
שם בנק	שם סניף	מס' חשבון	מס' סניף
כתובת למשלוח הודעת זכוי	רחוב	מס' בית	ישוב
מיקוד	דואר אלקטרוני		

**ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח**

תאריך  יש לצרף צילום ברור של המחאה  חתימת בעל הרכב

**נא לצרף: צילום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק, צילום רשיון נהיגה של הנהג, אישור משטרה ותעודת רפואי.**  
במקרים בהם לא מצויין תאריך תשלום על גבי רשיון נהיגה, יש להמציא אשור משרד הרשויות לגבי תוקף הרשיון.  
הנני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנ"ל מכל גורם שהוא, הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה ומבקש לשלם לי ע"פ תנאי הפוליסה, הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי ובהסכמתי זו יש לראות הסכמה בהתאם לדרישת סעיף 86 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א-1891.  
הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית ע"פ תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.

תאריך  חתימת המבוטח

**ע"י קבלת טופס זה אין החברה מודה באחריותה**  
אני החתום מטה מסכים בזה, כי האגף לשרותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנוהל ע"י איגוד חברות הביטוח.

תאריך  חתימת בעל הרכב

לכבוד  
 מחלקת תביעות רכב  
 הפניקס חברה לביטוח בע"מ  
 רח' דרך השלום 53  
 גבעתיים 53454  
 פקס 03-7238815

## הנדון: הרשאה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח

אירוע מיום	תביעה מס'
------------	-----------

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 מרחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_, ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

מבקש/ת ומאשר/ת בזאת, להעביר את תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי המפורט לעיל, ככל שייקבע על ידיכם, כי הנני זכאי/ת לתגמולים אלה, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי.

### פרטי הבנק

שם בעל החשבון		ת.ז.ח.פ.
שם הבנק	שם הסניף	כתובת הסניף
מס' החשבון	מס' הסניף	מס' הבנק
<input type="radio"/> מצורף בזה צילום המחאה. <input type="checkbox"/> אבקש להעביר אלי דיווח על ביצוע התשלום בהעברה בנקאית, כולל פרטי הבנק, באמצעות אחד מאלה:		
כתובת דואר אלקטרוני	כתובת דואר	
מספר טלפון נייד (SMS)	מספר פקס	
ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.		
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה	