



טופס הודעה על תאונה

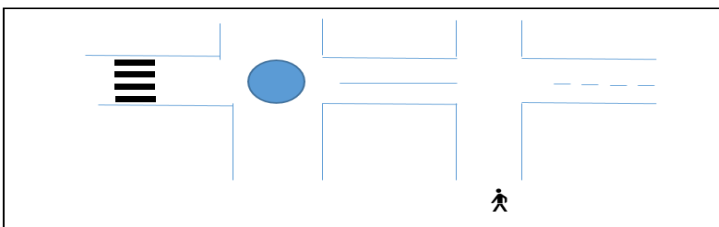
___/___/___			פרטי המבוטח
תאריך לידה	תעודת זהות	שם המבוטח	

			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	
<p>תיאור מפורט של האירוע והנזק (ככל שיש ברשותך תמונות מהאירוע לרבות תמונות מהרכב הנפגע, יש לצרפן לטופס זה)</p>			



יש לסמן על גבי התרשים את הפגיעה ברכב צד ג' והפגיעה ברכב המבוטח וכן את מנח הרכבים בעת התאונה.



<input type="checkbox"/> חניון פתוח	<input type="checkbox"/> דרך עפר	<input type="checkbox"/> כביש עירוני	<input type="checkbox"/> דרך בין עירונית	מקום האירוע
<input type="checkbox"/> צומת	<input type="checkbox"/> כיכר	<input type="checkbox"/> חניון מקורה	<input type="checkbox"/> חניון סגור	

<input type="checkbox"/> מנוע ותיבת הילוכים	<input type="checkbox"/> אורך צד שמאל	<input type="checkbox"/> אורך צד ימין	<input type="checkbox"/> חזית הרכב	מוקד נזק לרכבך
<input type="checkbox"/> גג הרכב	<input type="checkbox"/> אחור	<input type="checkbox"/> צד ימין אחורי	<input type="checkbox"/> צד ימין קדמי	
	<input type="checkbox"/> סביב הרכב	<input type="checkbox"/> פנים הרכב	<input type="checkbox"/> מרכב תחתון	

			פרטי צד ג' (יש לפרט ביחס לכל כלי רכב מעורב)
טלפון נייד	תעודת זהות	שם הנהג	
מספר רישוי	יצרן ודגם	חברת ביטוח	
כתובת	טלפון נייד	שם בעל הפוליסה	

			פרטי צד ג' (יש לפרט ביחס לכל רכוש מעורב)
טלפון נייד	תעודת זהות	שם בעל הרכוש	
מספר רישוי	יצרן ודגם	חברת ביטוח	
כתובת	טלפון נייד	שם בעל הפוליסה	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מעורבות משטרה

			עדים שנכחו במקום האירוע
טלפון	כתובת	שם	
טלפון	כתובת	שם	

הסכמות והצהרות המבוטח

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, ומבקש לשלם לי על פי תנאי הפוליסה. הנני מצהיר בזאת כי ידוע לי כי החברה תיידע אותי בתוצאות הבירור ו/או המשך הבירור, לפי העניין, באמצעים דיגיטליים וכי אני מסכים לכך.

הריני מייפה את כוחה של ליברה חברה לביטוח בע"מ לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש על ידי צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי ובהסכמתי זו יש לראות הסכמה בהתאם לדרישת סעיף 86 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א-1891.

חתימה

תאריך

תעודת זהות

שם מלא מבוטח

