

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	תאריך לידה	
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		
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	תאריך לידה	
	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		
אשפוז (שם בית חולים)	האם אירעה התאונה בדרך מ/אל העבודה?	קופ"ח/סניף	

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

		<b>מעורבות משאית</b> (כלי רכב כבד)	
<b>תעודת זהות</b>	<b>שם בעל הרכב</b>		
<b>טלפון נייד</b>	<b>כתובת</b>		
<b>שם חברת ביטוח</b>	<b>מספר פוליסה</b>		<b>מספר רישוי</b>
<b>טלפון נהג</b>	<b>תעודת זהות נהג</b>		<b>שם נהג</b>

**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.

<b>שם מלא מבוטח</b>	<b>תעודת זהות</b>	<b>תאריך</b>	<b>חתימה</b>
<b>שם מלא נהג</b>	<b>תעודת זהות</b>	<b>תאריך</b>	<b>חתימה</b>