

1 פרטי המבוטח והפוליסה

שם הסוכן		סוג הביטוח		מספר פוליסה	
שנת ייצור		תוצר ודגם		מס' רישוי	
סוג הרכב		מס' זהות		שם המבוטח	
אחר	מסחרי	פרטי			
מיקוד	ישוב	מס'	רחוב	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
כתובת דוא"ל		טלפון נייד		טלפון בבית	

2 פרטי הנהג ברכב (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

מינ	תאריך לידה	מס' זהות		שם הנהג	
נ	(בחר תאריך)				
מיקוד	ישוב	מס'	רחוב		
מס' רישון נהיגה		טלפון נייד		טלפון בית	
האם נהג ברשות מבוטח		בתוקף עד		שנת הוצאת רישון	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		(בחר תאריך)			

3 פרטים הנוגעים לתאונה:

מיקום מדויק של התאונה		שעת התאונה		תאריך התאונה (בחר תאריך)	
תחנת משטרה		תאריך הודעה (בחר תאריך)		מס' תיק	מס' יומן
				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

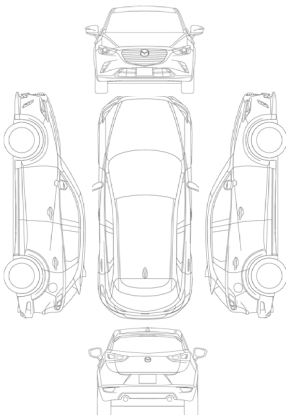
4 תאור התאונה:

תיאור המקרה _____

5 מוקדי הנזק ברכב:

סמן את מקומות הנזק באיור _____

קידמי אחורי ימני שמאלי אחר



6 שמות עדי ראייה לתאונה:

שם	כתובת	טלפון
שמאי	מוסך	המקרה אירע:
		בדרך לעבודה במהלך עבודה בדרך ממקום העבודה

7 פרטי המעורב - צד ג' (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

מס' רישוי	סוג הרכב	סוג ביטוח
	רכב קל רכב כבד מעל 4 טון	מקיף צד ג' חובה
שם בעל הרכב	מס' זהות	כתובת
		טלפון
שם הנהג	מס' זהות	כתובת
		טלפון
שם חברת הביטוח	מס' פוליסה	תיאור הנזק/ מיקום הנזק לצד ג'

8 פרטים על הנפגעים שהיו בכלי הרכב המבוסס (כולל הנהג) ו/או הולכי רגל

פרטי נפגע 1	מס' זהות	כתובת
כתובת דוא"ל	סוג נפגע	נהג נוסע הולך רגל/רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית החולים	פנוי ע"י מד"א (במידה ופונה ע"י מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי)
כן לא	כן לא	כן לא

פרטי נפגע 2	מס' זהות	כתובת
כתובת דוא"ל	סוג נפגע	נהג נוסע הולך רגל/רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית החולים	פנוי ע"י מד"א (במידה ופונה ע"י מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי)
כן לא	כן לא	כן לא

פרטי נפגע 3	מס' זהות	כתובת
כתובת דוא"ל	סוג נפגע	נהג נוסע הולך רגל/רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית החולים	פנוי ע"י מד"א (במידה ופונה ע"י מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי)
כן לא	כן לא	כן לא

פרטי נפגע 4	מס' זהות	כתובת
כתובת דוא"ל	סוג נפגע	נהג נוסע הולך רגל/רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית החולים	פנוי ע"י מד"א (במידה ופונה ע"י מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי)
כן לא	כן לא	כן לא

אני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח, מיד עם קבלת הודעה/תביעה כלשהי בקשר לתאונה הנ"ל, מכל גורם שהוא ומצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. הריני לאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה, ומידע שאמסור לחברה בקשר עם נסיבות המקרה / התאונה, נמסר מרצוני ובהסכמתי ואין עלי חובה חוקית למסרו, אך הובהר לי שהמידע הכרחי לצורך טיפול בתביעות ומיצוי זכויות בפוליסות הביטוח, ולכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות וטיפול בהן. מוסכם עלי שהחברה, לרבות חברות הקבוצה ומי מטעמן, תעשנה במידע הכלול במסמך, כמו גם במידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי הקבוצה ("המידע"), כל שימוש, לרבות אחסונו ועיבודו, בכל עניין הקשור לפוליסות וטיפול בהן, לרבות תביעות, וכן לשימושים נוספים, נלווים ו/או משלימים ולמטרות לגיטימיות אחרות, הכל בהתאם למדיניות הפרטיות של החברה. המידע אף עשוי לעבור לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של הקבוצה, לרבות סוכני ביטוח, למטרות אלו, וכן לגורמים נוספים כמתחייב בדיון, או לצד ג', בעת העברת בעלות/ מיזוג/ שינוי בעלות/ שינוי במבנה תאגידי וכן להימסר למאגרי מידע נוספים המשמשים את ענף הביטוח בארץ. במסמך זה "הקבוצה" - יו. דיגיטל בע"מ, חברות הבת וכל תאגיד המוחזק בשיעור של 50% ומעלה מהון המניות המונפק.

תאריך: _____ שם: _____ מספר זהות: _____ אישור המבוטח:

בסימון תיבת הבחירה הנך מאשר/ת
את נכונות כל האמור במסמך זה

מומלץ לשמור עותק מהטופס במחשב לפני שליחתו