

1 פרטי המבוטח והפוליסה

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

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

מס' זהות		תאריך לידה		שם הנהג	
<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
מס' רחוב		ישוב		מיקוד	
מס' רחוב		ישוב		מיקוד	
טלפון בית		טלפון נייד		מס' רישון נהיגה	
סוג רישון נהיגה		בתקופת עד		האם נהג ברשות מבוטח	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

3 פרטים הנוגעים לתאונה:

שעת התאונה		מיקום מדויק של התאונה		תאריך התאונה	
<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
מס' תיק		מס' יומן		מס' רישון	
מס' תיק		מס' יומן		מס' רישון	
תחנת משטרה		תאריך הודעה		תחנת משטרה	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

4 תאור התאונה:

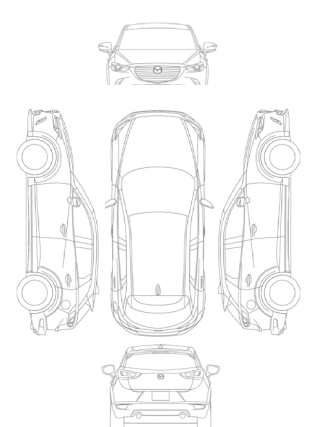
תיאור המקרה _____

התאונה התרחשה בדרך אל העבודה בדרך מהעבודה הביתה במהלך העבודה

5 מוקדי הנזק ברכב:

סמן את מקומות הנזק באיור _____

קידמי אחורי ימני שמאלי אחר



שם	כתובת	טלפון
שמאי	מוסר	המקרה אירע: <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> במהלך עבודה <input type="checkbox"/> בדרך ממקום העבודה

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

מס' רישוי	סוג הרכב	סוג ביטוח
	<input type="checkbox"/> רכב קל <input type="checkbox"/> רכב כבד מעל 4 טון	<input type="checkbox"/> מקיף <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> חובה
שם בעל הרכב	מס' זהות	כתובת
שם הנהג	מס' זהות	כתובת
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	<input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל/רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית החולים	טלפונים נפגע
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		פנוי ע"י מד"א (במידה ופונה ע"י מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

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

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

פרטי נפגע 4	מס' זהות	כתובת
כתובת דוא"ל	סוג נפגע	<input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל/רוכב אופניים
האם אושפז	שם בית החולים	טלפונים נפגע
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		פנוי ע"י מד"א (במידה ופונה ע"י מד"א נא לצרף דו"ח הפינוי) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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 ולטיפול 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: _____ חתימה: _____