

יש להעביר טופס זה מלא וחתום למספר הפקס הרשום לעיל.
בתאונה עם מספר נפגעים, יש למלא סעיפים ד-ו עבור כל נפגע בטופס נפרד ולצרף לטופס זה.

א. פרטי המבוטח

מס' ת"ז	שם המבוטח	מספר הפוליסה	שם הסוכן
מספר רישוי של הרכב	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	כתובת

עזור לנו לשמור על כדור הארץ! אני מסכים לקבל משומרה תכתובות בקשר לתביעה באמצעות דוא"ל:
@

ב. תאור התאונה

תאריך התאונה	שעה	מקום התאונה המדויק	האם דיווחת למשטרה על קרות התאונה
ת"ז נהג	שם הנהג	תאריך לידה	תאריך הוצאת רישיון נהיגה

תאור קצר של נסיבות התאונה:

האם נגרם נזק לרכב כן לא אם כן, פרט:

נא סמן החלופה המתאימה: רכב צד ג' מעורב בתאונה משאית מעורבת בתאונה אופנוע מעורב בתאונה תאונה עצמית פגיעה בהולך רגל, אם כן - האם היה מגע בין הולך הרגל לבין רכב נוסף, או בין רכבך לרכב נוסף? אם כן, ציין את מספר הרישוי של הרכב הנוסף

האם המדובר בתאונה: תוך כדי עבודה בדרך למקום העבודה בדרך ממקום העבודה לביתך אין מדובר בתאונה שקשורה למקום העבודה

ג. פרטי נפגעים

אנא ציין פרטי כל הנפגעים ברכב המבוטח ו/או הולכי רגל

שם הנפגע	מס' ת"ז	גיל	קשר לנהג / מבוטח
שם הנפגע	מס' ת"ז	גיל	קשר לנהג / מבוטח
שם הנפגע	מס' ת"ז	גיל	קשר לנהג / מבוטח
שם הנפגע	מס' ת"ז	גיל	קשר לנהג / מבוטח
שם הנפגע	מס' ת"ז	גיל	קשר לנהג / מבוטח

ד. פרטי פגיעה

האם נגרמו לך חבלות בעקבות התאונה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, נא פרט:	סוג פגיעה	האיבר הנפגע
האם פונית באמצעות אמבולנס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	הטיפול	סוג הרופא
האם קיבלת טיפול רפואי בעקבות התאונה? (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת ככל שרלוונטי) <input type="checkbox"/> טופלתי בחדר מיון <input type="checkbox"/> טופלתי ע"י רופא המשפחה <input type="checkbox"/> טופלתי ע"י רופא מומחה <input type="checkbox"/> אחר: _____ <input type="checkbox"/> לא קיבלתי טיפול רפואי בעקבות התאונה <input type="checkbox"/>	שם הרופא	שם הרופא

האם הנך מטופל כעת כן לא במידה והנך מטופל, נא פרט:

האם נעדרת מעבודתך בעקבות התאונה? כן, נעדרתי מתאריך _____ עד תאריך _____ לא נעדרתי מהעבודה

ה. יש לצרף את המסמכים הבאים

כל התיעוד הרפואי הרלוונטי אישורי אי כושר אישור מקום העבודה על העדרות

ו. הצהרת המבוטח

הריני להצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי לא העלמתי כל עובדה

תאריך	שם ושם משפחה	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>
-------	--------------	---