



מבליחים מקיימים

מספר פוליסה

תחום ביטוח כללי

שם לב, חובה לצרף את המסמכים הבאים:
O צילום רישיון נהיגה של הנהג O צילום רישיון רכב O צילום ת.ז. של הנהג O טופס מינוי שמאי O טופס הסכמה למסירת מידע ממשרד הרישוי
שם השמאי המטפל _____ שם המוסך _____ O הסדר O לא הסדר

הודעה על מקרה ביטוח רכב

Table with 4 columns: שם המבוטח, כתובת, כתובת דואר אלקטרוני, מספר רישוי, שנת יצור, שם יצרן, דגם, סוג רכב, שם המבוטח, כתובת, ת.ז.

Table with 4 columns: שם הנהג, תאריך לידה, טלפון / נייד, מה הקשר/קרבה למבוטח?, ת.ז., האם נהג ברשות המבוטח כן / לא

Table with 4 columns: תאריך המקרה, שעת המקרה, מקום התאונה / כתובת, הובא לידיעת המשטרה כן / לא, שם התחנה

מי לדעתך אשם בתאונה: אני / נהג צד ג' / לא יודע
סמן מקום הפגיעה ברכבך
סמן מקום הפגיעה ברכב צד ג'

תאור מפורט של המקרה
שרטוט מקום המקרה
מהו התמרוז המוצב בדרך מבוטח צד ג'

Table with 4 columns: שם בעל הרכב, כתובת, שם הנהג, כתובת, מס רישוי, שם יצרן, צבע, שנת יצור, מספר פוליסה, חברת מבטחת

אני החתום מטה מסכים בזה, כי אגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לידי חברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח הנני מתחייב להתקשר, להודיע ולהעביר לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנ"ל מכול 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.
על החתום
המבוטח _____ בעל הרכב _____ תאריך _____
אין בקבלת טופס זה משום הכרה בחבותו או בכיסוי הביטוחי או בנזק.



אביב | ביטוחים הפניקס

תחום ביטוח כללי
 הפניקס חברה לביטוח בע"מ | משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
 www.fnx.co.il | info@fnx.co.il | מוקד קבלת נזקי רכב "מהרגע הראשון" *5070

מבליחים מקיימים

פרטי רכבים מעורבים / נפגעים		הועבר לתביעת גוף בתאריך		ע"י	
שם נפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון	שם נפגע	ת.ז.
מהות פגיעה	אשפוז (שם ב"ח)		<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר		
שם נפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון	שם נפגע	ת.ז.
מהות פגיעה	אשפוז (שם ב"ח)		<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב		
שם נפגע	ת.ז.	כתובת	טלפון	שם נפגע	ת.ז.
מהות פגיעה	אשפוז (שם ב"ח)		<input type="radio"/> הולך רגל או אופניים <input type="radio"/> נוסע או נוהג ברכב <input type="radio"/> ברכב אחר		
1. האם התאונה היתה תוך כדי עבודה		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם בדרך לעבודה		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם בחזרה מהעבודה		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
2. האם מעורבת משאית		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם מעורב אופנוע		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם מעורב נגרר		מ.ר. נגרר	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		
3. האם היתה הסעה בשכר		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם מעורב רכב חונה		מ.ר. רכב חונה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		
עדים למקרה					
שם	כתובת	טל'	מס' ת.ז.	שם	כתובת
מה הקשר של העד לארוע?					
פרטי חשבון הבנק					
הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה					
שם בעל החשבון		ת.ז. בעל החשבון			
שם בנק	שם סניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק	
כתובת למשלוח הודעת זיכוי	רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני
ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח					
יש לצרף צילום ברור של המחאה		<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הרכב			
תאריך					
נא לצרף: צילום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק, צילום רשיון נהיגה של הנהג, אישור משטרה ותעודת רפואי במקרים בהם לא מצויין תאריך תשלום על גבי רשיון נהיגה, יש להמציא אשור משרד הרשוני לגבי תוקף הרשיון.					
הנני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא 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 ע"פ תנאי הפוליסה, הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ואו מי מטעמו כנגדי ובהסכמתי זו יש לראות הסכמה בהתאם לדרישת סעיף 86 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א-1891. הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית ע"פ תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.					
תאריך		<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המבוטח			
ע"י קבלת טופס זה אין החברה מודה באחריותה אני החתום מטה מסכים בזה, כי האגף לשרותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנוהל ע"י איגוד חברות הביטוח.					
תאריך		<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הרכב			