

שם הסוכן: \_\_\_\_\_  
 מספר סוכן: \_\_\_\_\_  
 מספר תביעה: \_\_\_\_\_

## הודעה על תאונת דרכים - נזקי גוף

שם המבוטח: \_\_\_\_\_ שם הנהג: \_\_\_\_\_  
 מס' זהות (כולל ספרת ביקורת): \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 טלפון נוסף: \_\_\_\_\_ רכב מספר רישוי: \_\_\_\_\_ מספר פוליסה: \_\_\_\_\_  
 מס' רישיון נהיגה: \_\_\_\_\_ תאריך הוצאת רישיון: \_\_\_\_\_  
 תאריך לידה מלא: \_\_\_\_\_ שם המעביד: \_\_\_\_\_ טלפון מעביד: \_\_\_\_\_  
 האם התאונה אירעה: (הקף בעיגול)  
 במהלך עבודה / בדרך לעבודה / בחזרה מהעבודה / נסיעה פרטית / הסעה בתמורה לשכר ולרבות  
 באמצעות אפליקציות / מונית  
 תאריך המקרה: \_\_\_\_\_ היום בשבוע: א/ב/ג/ד/ה/ו/שבת  
 מקום אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

האם הובא לידיעת משטרה:

כן ☐

לא ☐

\* ככל שהובא לידיעת המשטרה, אנא צרף אישור המשטרה, ככל שמצוי ברשותך.

מס' הנוסעים בעת התאונה (פרט לנהג): \_\_\_\_\_

האם הנך עובד: (הקף בעיגול): משרד הביטחון/עובד צה"ל/ בשירות המדינה

### תיאור נסיבות המקרה:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

אני מבקש לקבל הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה (סמן ב X העדפה)

דוא"ל: \_\_\_\_\_ ☐

פקס: \_\_\_\_\_ ☐

כתובת: \_\_\_\_\_ ☐

מהות הפגיעה/ות ואיברי הגוף שנפגעו: נא לצרף מסמכים רפואיים רלבנטיים, ככל שקיימים \_\_\_\_\_

האם נמסרה הודעה לביטוח לאומי?

לא ☐

כן ☐

האם שהית בחופשת מחלה?

לא ☐

כן, למשך \_\_\_\_\_ ימים ☐

האם נעדרת מהעבודה בעקבות התאונה?

לא ☐

כן, תקופת היעדרות \_\_\_\_\_ ☐

את הטופס בצירוף רישיון נהיגה וצילום תעודת חובה יש לשלוח ל:

פקס: 03-6032693 / דוא"ל: [tviot.hova@shlomo-bit.co.il](mailto:tviot.hova@shlomo-bit.co.il)

## פרטי רכבים מעורבים / נפגעים

האם מעורב בתאונה רכב מסוג משאית ו/או אוטובוס ו/או נגרר?

לא ☐

כן, ככל שכן אנא פרט את פרטי הרכב המעורב: ☐

מספר רישוי: \_\_\_\_\_ שם הבעלים: \_\_\_\_\_

מספר ת.ז.הות: \_\_\_\_\_ שם חברת הביטוח: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_

## נפגעים:

שם הנפגע: \_\_\_\_\_ ת.ז.ז: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

נהג ☐

נוסע ברכבו ☐

הולך רגל או אופניים ☐

ברכב אחר ☐

שם הנפגע: \_\_\_\_\_ ת.ז.ז: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

נהג ☐

נוסע ברכבו ☐

הולך רגל או אופניים ☐

ברכב אחר ☐

שם הנפגע: \_\_\_\_\_ ת.ז.ז: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

נהג ☐

נוסע ברכבו ☐

הולך רגל או אופניים ☐

ברכב אחר ☐

הריני מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הנהג: \_\_\_\_\_

את הטופס בצירוף רישיון נהיגה וצילום תעודת חובה יש לשלוח ל:

פקס: 03-6032693 / דוא"ל: [tviot.hova@shlomo-bit.co.il](mailto:tviot.hova@shlomo-bit.co.il)