

ספח א' - רישום פרטי התאונה

פרטי המבוטח ב 9000000

שם המבוטח \_\_\_\_\_ כתובת המבוטח \_\_\_\_\_  
 מס' פוליסה \_\_\_\_\_ טל' בבית \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
 יצרן ודגם הרכב \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ מס' רישוי \_\_\_\_\_ מד ק"מ \_\_\_\_\_

הנהג ברכב בעת האירוע  מבוטח  אחר

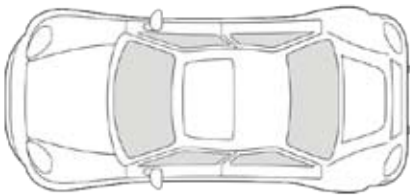
שם הנהג \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מין: ז/ג תאריך לידה \_\_\_\_\_ מספר רישוי נהיגה \_\_\_\_\_  
 תאריך קבלת רישוי \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

פרטי האירוע

תאריך האירוע \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ מקום האירוע \_\_\_\_\_  
 תאור האירוע \_\_\_\_\_

תאור הנזק \_\_\_\_\_

מוקד הפגיעה (נא לסמן בשרטוט הרכב)



**המקרה אירוע:**  בנסיעה פרטית  בדרך לעבודה או ממנה  במהלך עבודה  
 סוג הדרך:  בדרך בין-עירונית  בכביש עירוני  בדרך עפר  בחניון פתוח  בחניון סגור  
 לנוחיותך שרטוט סכמתי של ציר תנועה, ציין מיקום כלי הרכב, רמזורים, תמרורים וכל דבר הקשור לסיבות התאונה.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

פרטי צד ג' (אם מעורבים מספר כלי רכב נא פרט כל רכב מעורב)

| שם הנהג        | ת.ז.  | נ / ז |
|----------------|-------|-------|
| _____          | _____ | _____ |
| כתובת          | _____ | _____ |
| טלפון בבית     | _____ | _____ |
| טלפון בעבודה   | _____ | _____ |
| חברת ביטוח     | _____ | _____ |
| מס' הפוליסה    | _____ | _____ |
| יצרן ודגם      | _____ | _____ |
| מס' רישוי      | _____ | _____ |
| שם בעל הפוליסה | _____ | _____ |
| טלפון          | _____ | _____ |
| כתובת          | _____ | _____ |

מעורבות המשטרה

איזה תחנת משטרה מטפלת בתאונה \_\_\_\_\_ מספר יומן \_\_\_\_\_ שלילת רישוי שלך / של צד ג' / אף אחד

עדים (במידה ובמקום התאונה נכחו עדים שיכולים להעיד על נסיבותיה אנא ציין שמם וכתובתם)

- שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_
- שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

נפגעי גוף (אם היו נפגעים בתאונה נא פרט לכל נפגע) אם היה ברכב סמן 1. אם הולך רגל סמן 2.

| שם הנפגע | ת.ז.  | טלפון | כתובת | מהות הפגיעה | מיקום |
|----------|-------|-------|-------|-------------|-------|
| _____    | _____ | _____ | _____ | _____       | 1 2   |
| _____    | _____ | _____ | _____ | _____       | 1 2   |

הנני מצהיר בזאת כי כל הנתונים המצוינים בהודעה זו נכונים

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_ שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_