



אליהו חברה לבטוח בע"מ

המשרד הראשי "בית אליהו" רחוב אבן גבירול 2, תל אביב 64077, טל: 6920911, פקס: 6919471

הודעה על תאונת דרכים

נזקי גוף

מסי פוליסה : _____

* נא לצרף צילום רשיון נהיגה התקף למועד התאונה. מס' רישוי רכב : _____

שם הסוכן : _____

<p>שם בעל הפוליסה : _____ טלפון (עבודה) _____</p> <p>כתובת מגורים : _____ טלפון (בית) _____</p>	<p>בעל הפוליסה</p>
<p>יצרן/דגם : _____ שנת ייצור : _____</p> <p>נפח/משקל : _____ סוג הרכב : _____ אופנוע/קטנוע/טרקטור/פרטי/משא/מסחרי</p> <p>סוג הביטוח : _____ חקף בעיגול _____</p>	<p>פרטי המכונת המבוטחת</p>
<p>שם הנהג : _____ כתובת : _____ טלפון _____</p> <p>מס. ת.ז. : _____ סוג רשיון נהיגה : _____ בתוקף עד : _____</p> <p>תאריך המקרה : _____ שעה : _____ מקום התאונה : _____</p> <p>מטרת הנסיעה : _____ תוך כדי עבודה / בדרך לעבודה / חזרה מהעבודה / הסעה בשכר / אחר</p> <p>חקף בעיגול והשלם</p> <p>האם התערבה משטרת התנועה במקרה ? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>תזנת _____ מס' יומן / תיק משטרה : _____ מיום : _____</p>	<p>פרטי המקרה</p>
<p>סוג הרכב : אופנוע/קטנוע/טרקטור פרטי/משא/מסחרי</p> <p>מס. רישוי : _____ שם הבעלים : _____ חקף בעיגול _____</p> <p>כתובת הבעלים : _____ טלפון _____</p> <p>שם הנהג : _____ כתובת : _____ טלפון _____</p> <p>שם החברה המבטחת : _____ מס' פוליסה : _____ טל. הסוכן : _____</p>	<p>1</p> <p>פרטי צד ג' (במקרה של התנגשות עם רכב אחר)</p>
<p>סוג הרכב : אופנוע/קטנוע/טרקטור פרטי/משא/מסחרי</p> <p>מס. רישוי : _____ שם הבעלים : _____ חקף בעיגול _____</p> <p>כתובת הבעלים : _____ טלפון _____</p> <p>שם הנהג : _____ כתובת : _____ טלפון _____</p> <p>שם החברה המבטחת : _____ מס' פוליסה : _____ טל. הסוכן : _____</p>	<p>2</p>

נא להפוך הטופס ולהשיב על כל השאלות ולחתום במקום המתאים.

**תאור
המקרה**

**נזקי
גוף
פרטים
כלליים
על
הנפגעים**

<p>שם הנפגע : _____ ת.ז. _____</p> <p>כתובת : _____ טלפון _____ גיל: _____</p> <p>פונה / אושפז : <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא בבית חולים _____</p> <p>מהות הפגיעה : _____</p> <p>מטרת הנסיעה : <u>תוך כדי עבודה / בדרך לעבודה / חזרה מהעבודה / הסעה בשכר / אחר</u> (הקף בעיגול והשלם)</p> <p>שם מקום העבודה : _____</p>	1
<p>שם הנפגע : _____ ת.ז. _____</p> <p>כתובת : _____ טלפון _____ גיל: _____</p> <p>פונה / אושפז : <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא בבית חולים _____</p> <p>מהות הפגיעה : _____</p> <p>מטרת הנסיעה : <u>תוך כדי עבודה / בדרך לעבודה / חזרה מהעבודה / הסעה בשכר / אחר</u> (הקף בעיגול והשלם)</p> <p>שם מקום העבודה : _____</p>	2
<p>שם הנפגע : _____ ת.ז. _____</p> <p>כתובת : _____ טלפון _____ גיל: _____</p> <p>פונה / אושפז : <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא בבית חולים _____</p> <p>מהות הפגיעה : _____</p> <p>מטרת הנסיעה : <u>תוך כדי עבודה / בדרך לעבודה / חזרה מהעבודה / הסעה בשכר / אחר</u> (הקף בעיגול והשלם)</p> <p>שם מקום העבודה : _____</p>	3
<p>הנני מצהיר/ים : כי כל הפרטים הנ"ל הינם מלאים ומדוייקים כי לא העלמתי/נו עובדה כלשהיא בקשר לתאונה/נזק, הנני מתחייב להודיע לחברה מיד עם קבלה הודעה, דרישה או הזמנה לדין מצד כלשהו בקשר לתאונה הנ"ל.</p> <p>אני מסכים לכך כי פרטים המתייחסים אליו/או לרכושי המבוטח אצלכם יוחזקו במאגר מידע שלכם וימסרו לגורמים שונים הקשורים בתחום הביטוח במישרין ו/או בעקיפין למרות שלא חלה עלי חובה לכך וזאת כדי לאפשר לכם להחליט ולטפל בהוצאת פוליסות, גביית פרמיות, טיפול בתביעות ומילוי התחייבויותיכם על פי הפוליסות.</p> <p>ניתנת לכם הרשאתי לפנות למאגרי מידע של גופים אחרים לצורך קבלת מידע עלי ו/או על רכושי.</p> <p>שם המבוטח/הנהג _____ תאריך _____ חתימה _____</p>	