

טופס הצהרה על נפגעי גוף בתאונות דרכים

שם המבוטח _____ ת.ז. _____ מס' תעודת חובה _____
 שם הסוכן _____ שם הנהג _____ ת.ז. _____
 כתובתו _____
 מס' רשוי של הרכב המבוטח _____ דגם _____
 תאריך התאונה _____ שעה _____ מקום התאונה _____
 מטרת הנסיעה _____ מספר הנוסעים שהיו ברכב המבוטח בעת התאונה _____
 שמות הנוסעים שהיו ברכב המבוטח בעת התאונה:-

שם	כתובת
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____
6.	_____

פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל נהג) ו/או הולכי רגל

שם מלא _____ ת.ז. _____ כתובת _____
 גיל _____ פרטים על הפציעה/אושפז ב: _____

שם מלא _____ ת.ז. _____ כתובת _____
 גיל _____ פרטים על הפציעה/אושפז ב: _____

שם מלא _____ ת.ז. _____ כתובת _____
 גיל _____ פרטים על הפציעה/אושפז ב: _____

שם מלא _____ ת.ז. _____ כתובת _____
 גיל _____ פרטים על הפציעה/אושפז ב: _____

תאריך הודעה על התאונה _____ בתחנת המשטרה _____
 הנני מצהיר בזאת ומאשר כי פרט לנפגעים שציינתי להלן לא נפגע או נפצע אדם נוסף בתאונה הנדונה.

הנהג _____ המבוטח _____