



סקורטס חברה לביטוח בע"מ  
SECURITAS INSURANCE COMPANY LTD.

מחלקת תביעות  
פקס. 077-9033220  
tviot-moked@securitas-ins.co.il

טופס זה מנוסח בלשון זכר  
אך פונה לגברים ולנשים כאחד.

## טופס הודעה על נזק גוף בתאונת דרכים

שם הסוכן	מוסך מתקן	שמאי מטפל

**סוג הביטוח**

מקיף  צד ג'  חובה  צ.מ.ה  סחורה בהעברה  
 הודעה בלבד  אי הגשה  נזק עצמי  נזק עצמי ולצד ג'  גניבת רכב  נפגעי גוף  אחר: \_\_\_\_\_

**פרטי בעלי הפוליסה**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / תאגיד	עוסק מורשה
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
כתובת הבעלים: רחוב	מספר	ישוב / עיר	מיקוד
מספר טלפון בית	מספר טלפון נייד	מספר טלפון בעבודה	מספר פקס.
מספר פוליסה	עיסוק	דואר אלקטרוני	

**פרטי הנהג ברכב בעת המקרה**

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מספר זהות	מין
				<input type="checkbox"/> ז' <input type="checkbox"/> נ'
רחוב	מספר	ישוב / עיר	מיקוד	דואר אלקטרוני
מספר טלפון בית	מספר טלפון נייד	מספר טלפון בעבודה	קשר נהג / בעל הפוליסה	
מספר רישיון נהיגה	סוג / דרגת הרישיון	בתוקף עד	האם הרישיון נפסל?	תאריך הוצאת הרישיון
			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם נהג ברשות המבוטח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

**פרטי הרכב**

רשום על שם	מספר רישוי	שם היצרן	דגם	שנת ייצור
משועבד / מעוקל לטובת	סוג הרכב	פרטי / מסחרי	משאית	גורר / נגרר
		<input type="checkbox"/> פרטי / מסחרי	<input type="checkbox"/> משאית	<input type="checkbox"/> גורר / נגרר
		<input type="checkbox"/> אוטובוס	<input type="checkbox"/> אחר: _____	

**פרטי התאונה**

תאריך האירוע	שעת האירוע	כתובת מקום האירוע: עיר / איזור / כביש	ראות
			<input type="checkbox"/> טובה <input type="checkbox"/> חשיכה <input type="checkbox"/> גשום <input type="checkbox"/> ערפל <input type="checkbox"/> לא טובה
בשטח בנוי / פתוח	מהירות בקמ"ש	האם הובא לידיעת המשטרה?	מספר הנוסעים
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	שם התחנה
			מספר יומן / אירוע





**נפגעים**

האם היו נפגעים באירוע?  לא  כן, פרט:

**פרטי נפגע 1**

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מספר זהות / תאגיד	
כתובת: רחוב		מספר	ת"ד	ישוב / עיר		מיקוד	
דואר אלקטרוני							
סוג הפגיעה							
<input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> רוכב אופניים <input type="checkbox"/> אחר, נא פרט: _____							
מהות הפגיעה							
<hr/>							
קבלת טיפול רפואי		שם המוסד		פינוי ע"י אמבולנס		אישפוז בבית חולים	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
היעדרות מעבודה		עד תאריך		האם נגרמו לך הפסדי השתכרות?			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
סוג הנסיעה		במהלך עבודה		בדרך לעבודה או ממנה		נסיעה פרטית	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
חברות בקופת חולים		הסניף		שם הרופא המטפל			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית							

**פרטי נפגע 2**

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מספר זהות / תאגיד	
כתובת: רחוב		מספר	ת"ד	ישוב / עיר		מיקוד	
דואר אלקטרוני							
סוג הפגיעה							
<input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> רוכב אופניים <input type="checkbox"/> אחר, נא פרט: _____							
מהות הפגיעה							
<hr/>							
קבלת טיפול רפואי		שם המוסד		פינוי ע"י אמבולנס		אישפוז בבית חולים	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
היעדרות מעבודה		עד תאריך		האם נגרמו לך הפסדי השתכרות?			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
סוג הנסיעה		במהלך עבודה		בדרך לעבודה או ממנה		נסיעה פרטית	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
חברות בקופת חולים		הסניף		שם הרופא המטפל			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית							



סקורטס חברה לביטוח בע"מ  
SECURITAS INSURANCE COMPANY LTD.

**מחלקת תביעות**

פ.קס. 077-9033220  
tviot-moked@securitas-ins.co.il

טופס זה מנוסח בלשון זכר  
אך פונה לגברים ולנשים כאחד.

**הצהרות וחתימה**

ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של סקורטס חברה לביטוח בע"מ להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

אני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח מייד עם קבלת הודעה/תביעה כלשהי בקשר לתאונה הנ"ל, מכל גורם שהוא. הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. אני מאשר כי הובא לידיעתי ואני מסכים כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת חברת הביטוח, יוחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת הסוכנות לרכז נתונים בנושא הביטוח וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים, מאגרי מידע המשמשים את ענף הביטוח בארץ, וכן ככל הנדרש על פי כל דין.

הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי, ובהסכמתי זו יש לראות הסכמה בהתאם לדרישת סעיף 68 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.

כמו כן, הנני מיפה את כוחה של סקורטס חברה לביטוח בע"מ לצלם את תיק המשטרה / בית המשפט ככל שידרש.

הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה. כמו כן, הריני מאשר הסכמתי למסור מידע על הרכב המצוי במאגר של כלי הרכב במשרד התחבורה (נתוני שאילתא 03 / טופס 1010), וכן הסכמתי לשאילתא נהג ממאגר משרד התחבורה.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. / מס' תאגיד: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

לאחר השלמת הפרטים יש להעביר טופס זה אל סקורטס חברה לביטוח בע"מ בפ.קס. 077-9033220 או במייל: tviot-moked@securitas.co.il

הינך מתבקש לצרף את המסמכים הבאים: צילום רישיון רכב, צילום רישיון נהיגה של הנהג בעת קרות האירוע (משני צדדיו) וצילום תעודת זהות.  
שים לב - ללא מסמכים אלו התביעה לא תטופל!