

**א פרטי המבוטח והפוליסה**

מס' הפוליסה	סוג הביטוח	שם הסוכן
מס' רישוי	תוצר ודגם	שנת ייצור
שם המבוטח	מס' ת.ז.	סוג הרכב <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> אחר
רחוב	מס' מ' / ישוב	עוסק מורשה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
מיקוד		
טלפון בית	טלפון נייד	פקס
דואר אלקטרוני	Email	

**ב פרטי הנהג (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)**

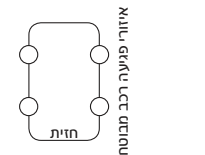
שם הנהג	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
רחוב	מס' מ' / ישוב	מיקוד	
טלפון בית	טלפון נייד		
מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון	שנת הוצאת רישיון	האם נהג ברשות מבוטח <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
		בתוקף עד -	

**ג פרטי התאונה**

תאריך	שעה	מקום/כתובת אתר התאונה
נגבתה עדות ע"י משטרת ישראל בתחנת	מס' יומן	מס' תיק
תיאור הנזק / מיקום הנזק ברכב המבוטח	בתאריך	

האם היה באירוע?  גרר  משטרה  מכבי אש

תיאור מפורט של התאונה (במידה והמקום לא מספיק ניתן להוסיף דף מלווה עם פרטים נוספים ובלבד שבראש הדף יצויין בהבלטה מספר הרכב):

<b>תרשים ממקום התאונה</b>	
	
<b>עדים</b>	
1	שם / טלפון / כתובת
2	שם / טלפון / כתובת
שמאי	מוסך
המקרה אירע <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> במהלך העבודה <input type="checkbox"/> בדרך ממקום העבודה	

**ד נפגעים**

אם נפגעו בני אדם בתוך רכבך כולל הנהג או הולכי רגל, נא תן פרטים:			
משפחה ושם פרטי	מס' ת. זהות	כתובת הנפגע	מס' טלפון

**ה פרטי המעורב - צד ג' (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)**

מס' רישוי	סוג הרכב: <input type="checkbox"/> רכב קל <input type="checkbox"/> רכב כבד מעל 4 טון	סוג ביטוח: <input type="checkbox"/> מקיף <input type="checkbox"/> צד ג' חובה
שם בעל הרכב	מס' ת.ז.	כתובת / טלפון
שם הנהג	מס' ת.ז.	כתובת / טלפון
שם חברת הביטוח	מס' הפוליסה	תיאור הנזק / מיקום הנזק לצד ג'

**ו הצהרת המבוטח**

הנני מעוניין כי תביעת צד ג' שתוגש נגדי תטופל ו/או תשולם על ידי החברה  לא  כן במידה וכן, הנני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרישה להשתתפות עצמית. כמו כן, הנני מיפה את כוחה של הראל חברה לביטוח בע"מ לצלם את תיק המשטרה / בית המשפט ככל שיידרש. הנני מתחייב בזה להעביר מיידית לחברה כל הודעה, הזמנה, בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. כמו כן, הנני מצהיר כח כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.

תאריך: ..... הטופס מולא ע"י: ..... חתימת המבוטח/ת: 