

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")
רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 75070 טל: 03-9424300 פקס: 03-9620909

דיווח ראשוני על תאונת דרכים

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטיו ובצרוף המסמכים המצוינים בדף ההסבר המצ"ב באמצעות פקס או דואר המופיע בראש הטופס.

התאונה בעבודה
 בדרך לעבודה
 בדרך מהעבודה
 במסגרת פרטית

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	כתובת ומיקוד	מס' ת.ז.	מס' טלפון	נייד
מספר פוליסה:	בתוקף מיום	עד	סוג רכב: <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> רכב פרטי <input type="checkbox"/> אחר _____		

פרטי הנהג (בזמן האירוע) *חובה לצרף צילום ת.ז., צילום רישיון נהיגה משני צדדיו של הנהג בזמן האירוע ותעודת חובה

שם ושם משפחה של הנהג	כתובת	מה הקשר לבעל הרכב/המבוטח	מס' טלפון	נייד
תאריך לידה של הנהג	מס' זהות	מס' רישיון	תאריך הוצאת רישיון	מקום עבודה וכתובתה

הרכב בבעלותי
 הרכב בבעלות מעבידי
 השכרה
 בבעלות אחרת _____

פרטי הנפגעים:

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	סוג הנפגע <input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל	טופל/ה במוסד רפואי
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	סוג הנפגע <input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל	טופל/ה במוסד רפואי

פרטי התאונה:

תאריך	שעה	מקום האירוע	האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי? כן / לא	האם הוכרה ע"י ביטוח לאומי כתואנת עבודה: כן / לא
****תיאור התאונה, לרבות האם היה מגע פיזי בין הרכבים:				
תיאור הנזק לרכב או לאופנוע:				
האם דיווח למשטרה: כן / לא				

פרטי צד ג' (הרכב המעורב)

שם מלא של הנהג המעורב	מס' רישוי	כתובת	חברת ביטוח	פוליסה מס'	טלפון
-----------------------	-----------	-------	------------	------------	-------

אני הח"מ _____ מצהיר בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדוייקים וכי לא העלמתי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ חתימת הנהג _____