

# שירביט חברה לביטוח בע"מ

## טופס הודעה על מקרה – תאונה

בבקשה להמציא את הטופס הזה לחברה מיד לאחר התאונה התשובות על השאלות צריכות להיות מפורטות וברורות ואין להסתפק בסימנים בלבד  
**הערה חשובה:** אין לתקן את המכוננית בלי אישור החברה

|                                |                      |                                    |                                |
|--------------------------------|----------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| _____ שווי _____               | רדיו טייפ מדגם _____ | <input type="checkbox"/> גניבת רכב | <input type="checkbox"/> תאונה |
| מקיף <input type="checkbox"/>  | _____ מס' הסוכנת/ת   | _____                              | שם הסוכנת/ת                    |
| צד ג' <input type="checkbox"/> | _____ מס' תביעה      | _____                              | מס' פוליסה                     |
| חובה <input type="checkbox"/>  | _____ השת' עצמית     | _____                              | השמאי המטפל                    |

### פרטים על בעל הפוליסה

שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
טל. \_\_\_\_\_

### פרטים על הנהג

שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
טל. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
מס רשיון \_\_\_\_\_ תאריך הוצאתו \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### פרטים על הרכב המבוטח

מס' רשוי \_\_\_\_\_ תוצר ודגם \_\_\_\_\_ שנת ייצור \_\_\_\_\_  
תוספות \_\_\_\_\_

תאור כללי של הנזק שנגרם \_\_\_\_\_  
שם המוסך המטפל \_\_\_\_\_ טל. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
בהסדר  כן  לא  תאריך הארוע \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_  
מקום \_\_\_\_\_ מס' נוסעים \_\_\_\_\_

### תאור המקרה

---

---

---

---

---

---

---

---

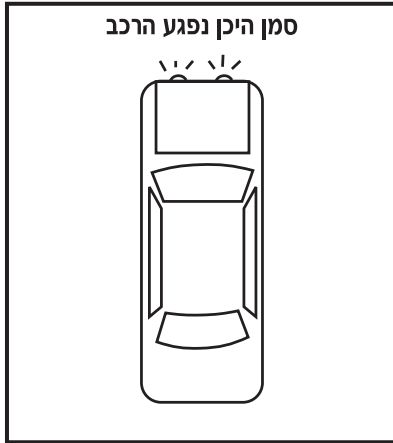
---

---

מי לדעתך אשם בתאונה \_\_\_\_\_



# SHIRBIT Insurance Company LTD.



תרשים המקום והארוע

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**נזק רכב אחר ופרטים נוספים:**

מס רישוי  סוג ודגם  שנת ייצור   
 פרט אחר   
 שם הנוהג  כתובת  טל.   
 שם בעל הפוליסה  כתובת  טל.   
 שם חברת הביטוח  מס' פוליסה   
 סוכן  טל.   
 הניתנה הודעה למשטרה  כן  לא  לאיזו תחנה  מס' תיק/יומן

**פרטי עדים למקרה:**

שם  כתובת  טל.   
 שם  כתובת  טל.

**פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל הנהג) ו/או הולכי רגל.**

| שם מלא                        | כתובת                | גיל                  | עיסוק                |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>פרטים על הפגיעה/אישפוז</b> |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>פרטים על הפגיעה/אישפוז</b> |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>פרטים על הפגיעה/אישפוז</b> |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>פרטים על הפגיעה/אישפוז</b> |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**נא להמציא תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק המאשר תשלום פרמיה**

הנני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח מיד עם קבלת הודעה/תביעה כל שהיא בקשר לתאונה הנייל מכל גורם שהוא הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הנם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה ומבקש לשלם לי את המגיע לי על פי תנאי הפוליסה



\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך