



יש להעביר את כל המסמכים הנדרשים לשם טיפול מהיר ויעיל בתביעתך.  
ייתכן כי בעת הטיפול בתביעה יידרשו מסמכים נוספים

שם הסוכן	חברת ביטוח
תביעה	מגדל חברה לביטוח בע"מ
מספר פוליסה	
מספר פניה באינטרנט:	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## הודעה ראשונית על תאונת דרכים

טופס מספר **956**

תביעה לפוליסה/הודעה בלבד  אי הגשת תביעה

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
יישוב	כתובת (רחוב)	מספר בית	מספר דירה	תא דואר	מיקוד	
מספר טלפון	פקס	כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון נייד		
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך לברור בדבר התביעה: <input type="checkbox"/> פקס <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר תנאי למשלוח הודעות באמצעות כתובת דואר אלקטרוני, הינו מסירת טלפון נייד עדכני ותקין						

ב. פרטי כלי רכב			
מספר רישוי	סוג הרכב	שם יצרן	שנת יצור
	<input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> קטנוע <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> משא <input type="checkbox"/> מסחרי		
מיקומו הנוכחי של הרכב (רחוב, מספר בית, יישוב)		שם איש קשר במקום המצאו של הרכב	
		מספר טלפון של איש קשר	

ג. פרטי הנהג בעת האירוע						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	כתובת דואר אלקטרוני	
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
כתובת (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד	
מספר פקס		מספר רישיון נהיגה		סוג רישיון		שנת הוצאת רישיון

ד. פרטי האירוע			
תאריך אירוע	שעה משוערת	סוג הנסיעה	
		<input type="checkbox"/> עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה או ממנה <input type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> מונית	
תיאור של מקום האירוע - כתובת מלאה או פרטי כבישים ו/או צמתים:			
<p>סוג הנזק: <input type="checkbox"/> אש, ברק, התפוצצות התלקחות <input type="checkbox"/> התנגשות מקרית, התהפכות ותאונה מכל סוג שהוא <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> נזקי טבע: שטפון, ברד, סופה וכד' <input type="checkbox"/> מעשה זדון <input type="checkbox"/></p>			
תיאור האירוע:			
במידה והרכב נפגע כתוצאה ממפגע בדרך (שמן, בור בכביש וכד'), נא לציין פרטים מלאים:			
תיאור הנזק לרכב המבוטח:			
האם הרכב שימש בעת תאונת הדרכים להסעת נוסעים בשכר, לרבות באמצעות שירותי אפליקציה להסעת נוסעים של טלפונים חכמים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
האם משטרת ישראל התערבה באירוע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, במידה וכן, נא צרף אישור משטרה.			



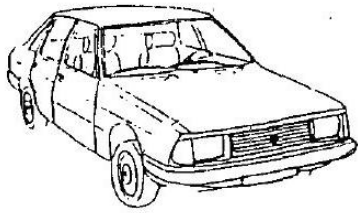
010019560103170419

עמוד 1 מתוך 3 דפים

קוד מסמך 1

### ד. פרטי האירוע - המשך

מוקד הפגיעה ברכב המבוטח (נא סמן על גבי התרשים את מוקד הפגיעה ומספרו במקרא)



1. חלק אחורי של הרכב
2. גחון הרכב (מרכב תחתון)
3. חזית הרכב
4. צד ימין
5. צד שמאל
6. גג

סמן על גבי התרשים את מיקומך בעת התאונה ביחס לכלי הרכב המעורבים בתאונה:

ציין תמרורים בכיוון נסיעתך: \_\_\_\_\_

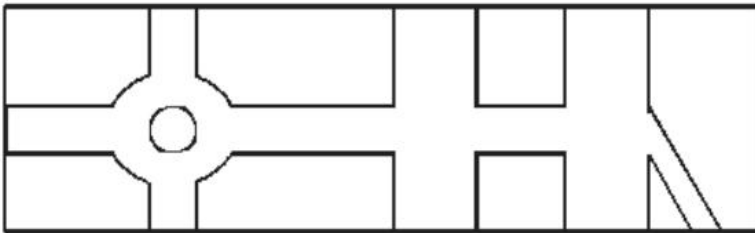
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ציין תמרורים בכיוון נסיעת רכב צד ג': \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### ה. פרטי נפגעי גוף

שם הנפגע		מספר זהות		האם בעת התאונה היית		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	האם הנפגע אושפז בבי"ח	שם בית החולים	מהות הפגיעה		
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>				
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					
שם הנפגע		מספר זהות		ברכב המבוטח / מחוץ לרכב		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	שם בית החולים	מהות הפגיעה			
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					
שם הנפגע		מספר זהות		ברכב המבוטח / מחוץ לרכב		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	שם בית החולים	מהות הפגיעה			
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					
שם הנפגע		מספר זהות		ברכב המבוטח / מחוץ לרכב		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	שם בית החולים	מהות הפגיעה			
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					
שם הנפגע		מספר זהות		ברכב המבוטח / מחוץ לרכב		כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)	
				<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב			
מספר טלפון נייד	גיל	האם הנפגע פונה לבית חולים	שם בית החולים	מהות הפגיעה			
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
שם מקום העבודה		מטרת הנסיעה					
		<input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר _____					

מחזור 04:2019

5215



### 1. פרטי צד ג'

מספר רישוי	סוג הרכב	שם חברת הביטוח	מספר פוליסה	שם סוכן	מספר טלפון סוכן
<input type="checkbox"/> קל <input type="checkbox"/> מעל 4 טון					
מספר זהות - נהג / מבוטח	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)		

רשום מה הנזק שנגרם לצד ג' (אנשים, כלי רכב, נכסים):

מי לדעתך אחראי לתאונה?  
 צד ג':  מלא  חלקי  לא ידוע   
 אני (המבוטח או הנהג מטעמו):  מלא  חלקי  לא ידוע

מוקד הפגיעה ברכב צד ג':

- חלק אחורי של הרכב
- גחון הרכב (מרכב תחתון)
- חזית הרכב
- צד ימין
- צד שמאל
- גג

### 2. פרטי עדים

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	כתובת	מספר טלפון נייד

### ט. הצהרות המבוטח

אני מעוניין שתביעה צד ג', אם תוגש כנגדי, תטופל על-ידי מגדל חברה לביטוח בע"מ, כולל ניהול משא ומתן עם צד ג', ואני מתחייב להעביר לחברה את סכום ההשתתפות העצמית על-פי תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה.

אני מסכים שהאגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח באמצעות איגוד חברות הביטוח או מרכז הסליקה של חברות הביטוח, את פרטי הרכב המצויים במאגר משרד התחבורה והחברה תוכל להעביר את המידע למאגר המנוהל על-ידי איגוד חברות הביטוח.

אני מבקש לתקן את הרכב במוסך הסדר \_\_\_\_\_ (בחר מתוך הרשימה המוצעת באתר).

אבקש כי השמאי \_\_\_\_\_ (בחר מתוך הרשימה המוצעת באתר) יבצע את אומדן הנזק.

אם אהיה זכאי לפיצוי, אני מבקש להעביר אליי את התשלום ישירות לחשבון הבנק לפי הפרטים והתנאים הרשומים בטופס "הרשאה לביצוע העברה בנקאית", שאצרף למשלוח טופס זה.

אני מתחייב להעביר לחברה כל הודעה, תביעה או בקשה שאקבל מגורם כלשהו בקשר לתאונה שפרטיה לעיל.

אני מצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומדויקים ולא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה.

אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים/תביעות על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח / בעל רישיון לצרכי שירות לרבות לצורך כיסוי התביעה באמצעות מבטחי משנה מחוץ לגבולות ישראל ולגורמים נוספים מתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד).

### ח. המסמכים שצורפו להודעה זו

תצלום תעודת זהות

תצלום רישיון נהיגה

תצלום רישיון רכב

שרטוט מקום התאונה

אישור משטרה

תמונות ממקום האירוע

אחר \_\_\_\_\_

שם מלא  תאריך

ההודעה  חתימת המבוטח

(מהדורה 04.2019)

