

**דיווח ראשוני על תאונת דרכים**

**במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטיו באמצעות פקס 03-9620909, אימייל [claim@pool.org.il](mailto:claim@pool.org.il) או דואר המופיע בסוף הטופס.**

**פרטי הנפגעים: \*נא לצרף תיעוד רפואי ולסמן את סוג הנפגע- (1) נהג (2) נוסע (3) הולך רגל (4) רוכב אופניים:**

סוג נפגע	שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון נייד	כתובת מייל	מקום עבודה ועיסוק

**פרטי המבוטח:**

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז.	מס' טלפון	נייד

סוג רכב:  אופנוע  רכב  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	מס' טלפון	נייד
תאריך לידה של הנהג	מס' זהות	מס' רישיון	תאריך הוצאת רישיון	מקום עבודה וכתובתה

הרכב בבעלותי  הרכב בבעלות מעבידי  השכרה  בבעלות אחר (נא לפרט) \_\_\_\_\_

**פרטי התאונה: \*נא לצרף אישור משטרה**

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

התאונה בעבודה  בדרך לעבודה  בדרך מהעבודה  במסגרת פרטית

**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 ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הנהג \_\_\_\_\_  
חתימת המבוטח \_\_\_\_\_