

להוציא - מספר 331 2661 5-03 - 020
 e-mail: mail@ayalon-ins.co.il
 www.ayalon-ins.co.il

10957 ת.ד. 52008 - רמת-גן

בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10957



מחלקת תשלומי ביטוח: טל. 03-7569666, פקס. 03-7569557

מס' רישון (היגה) (361) - רישון ירכ

הודעה על תאונת דרכים

נא להשיב על כל השאלות
 בעודר תשובה נא לסמן קו

מס' תביעה:

פרטי המבוטח: מצ"ב: צילום ת. זהות צילום רישון נהיגה (של הנהג) צילום ת. חובה שם הסוכן: _____

שם המבוטח	מספר פוליסה	מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת)	טלפון עבודה
			טלפון בית

פרטי הנהג

שם הנהג	כתובת	מה הקשר/קרבה בין הנהג למבוטח	טלפון עבודה
			טלפון בית
תאריך לידה (מלא)	מס' רישון נהיגה	מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת)	מס' רישון (היגה)
			מס' רישון זר

פרטי הרכב

מספר רישוי	שם היצרן	דגם	סוג הרכב	שנת ייצור	רדיו	קוד הדגם עפ"י הפוליסה
					תוספות	

פרטי המקרה / התאונה

תאריך המקרה	שעת המקרה	המקום המדויק בו ארעה התאונה	האם הובא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם התחנה	מספר יומן / תיק
			לידיעת המשטרה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		

האם התאונה היתה תוך כדי עבודה/ בדרך לעבודה או חזרה מהעבודה? כן לא האם מעורבת משאית? כן לא האם היתה הסעה בשכר? כן לא

<p>תרשים מקום התאונה והתמרחים: כלי הרכב המעורבים וכווני נסיעתם:</p>	<p>תאור נסיבות המקרה:</p>
--	----------------------------------

מהו התמרחור המוצב בדרכו של הנהג המבוטח: _____ מהו התמרחור המוצב בדרכו של צד ג'? _____
 מי לדעתך אחראי לארוע התאונה אני נהג צד ג' לא יודע נא נמק תשובתך והסב מדוע י

תאור הנזקים סרכ המסטח	תאור הנזקים סרכב צד ג'
שם העד (1)	כתובת
שם העד (2)	מה הקרבה בין העד לנהג/ למסטח טל. בית טל. עבודה

פרטי רכבים מעורבים

מספר רישוי (של צד ג' הפוגע)	תוצרת/דגם	סוג הרכב	שם חברת הביטוח	מס' הפוליסה
שם בעל הרכב	כתובת		טל. בית	שם הסוכן
שם הנהג	כתובת		מס' זיהוי	טל. עבודה
מספר רישוי	שם הבעלים		מס' רישון נהיגה	טל. בית
מספר רישוי	שם הבעלים		שם חברת הביטוח	טל. עבודה

נפגעים ברכב ו/או ע"י הרכב המבוטח בלבד - נהג / נוסע / הולך רגל / רוכב אופניים

שם הנפגע	כתובת	מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת)	האם קרתה התאונה בדרך לעבודה או ממנה
מהות הפגיעה	גיל	האם אושפז <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
שם הנפגע	כתובת	מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת)	האם קרתה התאונה בדרך לעבודה או ממנה
מהות הפגיעה	גיל	האם אושפז <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
שם הנפגע	כתובת	מס' זיהוי (כולל סיפרת ביקורת)	האם קרתה התאונה