



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

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

## הודעה ראשונית על תאונת דרכים

טופס מספר **956**

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

תביעת פוליסה  הודעה על נזק צד ג' 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	
אני מאשר/ת שכל ההודעות הקשורות לנושא בירור התביעה יישלחו אליי באמצעות אחת מהדרכים הללו: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני (מייל) <input type="checkbox"/> דואר ישראל תנאי למשלוח הודעות באמצעות כתובת דואר אלקטרוני הינו במסירת טלפון נייד עדכני ותקין.					

ב. פרטי כלי רכב		
מספר רישוי	סוג הרכב	
	<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)		מספר 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 התקלחות <input type="checkbox"/> התנגשות מקרית, התהפכות ותאונה מכל סוג שהוא</p> <p>תיאור האירוע: <input type="checkbox"/> נזקי טבע: שטפון, ברד, סופה וכד' <input type="checkbox"/> מעשה זדון <input type="checkbox"/> נזק בחניה <input type="checkbox"/> נזק צד ג'</p>		
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.		

(מהדורה 09.2020)



010019560103030920

עמוד 1 מתוך 3 דפים

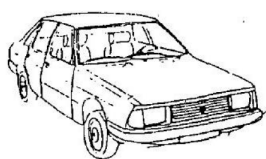
מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1



### ד. מסמכים שיש לצרף - 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 מיקומו בעת התאונה ביחס לכלי הרכב המעורבים בתאונה:  
ציין תמרוכים בכיוון נסיעתך: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ה. פרטי נפגעי גוף

כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)		האם בעת התאונה היית		מספר זהות		שם הנפגע	
		<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב					
מהות הפגיעה	שם בית החולים	האם הנפגע אושפז בבי"ח	האם הנפגע פונה לבית חולים	גיל	מספר טלפון נייד		
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
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 _____					
כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)		האם בעת התאונה היית		מספר זהות		שם הנפגע	
		<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב					
מהות הפגיעה	שם בית החולים	האם הנפגע אושפז בבי"ח	האם הנפגע פונה לבית חולים	גיל	מספר טלפון נייד		
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
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 _____					
כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)		האם בעת התאונה היית		מספר זהות		שם הנפגע	
		<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב					
מהות הפגיעה	שם בית החולים	האם הנפגע אושפז בבי"ח	האם הנפגע פונה לבית חולים	גיל	מספר טלפון נייד		
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
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 _____					
כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)		האם בעת התאונה היית		מספר זהות		שם הנפגע	
		<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב					
מהות הפגיעה	שם בית החולים	האם הנפגע אושפז בבי"ח	האם הנפגע פונה לבית חולים	גיל	מספר טלפון נייד		
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
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 _____					
כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)		האם בעת התאונה היית		מספר זהות		שם הנפגע	
		<input type="checkbox"/> ברכב המבוטח <input type="checkbox"/> מחוץ לרכב					
מהות הפגיעה	שם בית החולים	האם הנפגע אושפז בבי"ח	האם הנפגע פונה לבית חולים	גיל	מספר טלפון נייד		
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
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 _____					

מחזורת 09.2020





## ו. פרטי צד ג'

מספר רישוי	סוג הרכב	שם חברת הביטוח	מספר פוליסה	שם סוכן	מספר טלפון סוכן
	קל <input type="checkbox"/> מעל 4 טון <input type="checkbox"/>				
מספר זהות - נהג/מבוטח		שם משפחה	שם פרטי	כתובת מגורים	
רשום מה הנזק שנגרם לצד ג' (אנשים, כלי רכב, נכסים):					
<p>מי לדעתך אחרי לתאונה?          צד ג': מלא <input type="checkbox"/> חלקי <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/>          מוקד הפגיעה ברכב צד ג':          1. חלק אחורי של הרכב <input type="checkbox"/>          2. גחון הרכב (מרכב תחתון) <input type="checkbox"/>          3. חזית הרכב <input type="checkbox"/>          4. צד ימין <input type="checkbox"/>          5. צד שמאל <input type="checkbox"/>          6. גג <input type="checkbox"/></p>					
<p>אני (המבוטח או הנהג מטעמו): מלא <input type="checkbox"/> חלקי <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/></p>					

## ז. פרטי עדים

מספר זהות	שם מלא	כתובת	מספר טלפון נייד

## ט. הצהרות המבוטח

אני מסכים/ה שהאגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח באמצעות איגוד חברת 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.

אבקש לתקן את הרכב במוסך הסדר \_\_\_\_\_

אני ממנה את השמאי \_\_\_\_\_ אשר יבצע את אומדן הנזק.

הנני, בעלת/ת הפוליסה הנ"ל, מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שצויינו בהודעה זו הם למיטב ידיעתי נכונים, מלאים ומדויקים וכי כל הפרטים שצוינו לעיל, מבוטחים על פי תנאי הפוליסה, נגבבו או ניזוקו על פי המפורט לעיל.

אני מאשר/ת 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 ופיננסים בע"מ/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים/תביעות על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיורר ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.

אני מסכים/ה כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצורכי שירות לרבות לצורך כיסוי התביעה באמצעות מבטחי משנה מחוץ לגבולות ישראל ולגורמים נוספים כמתחייב בדין (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי).

## ח. המסמכים שצורפו להודעה זו

שרטוט מקום התאונה

תמונות ממקום האירוע

תצלום רישיון נהיגה

תצלום רישיון רכב

אישור משטרה

אחר \_\_\_\_\_

(מהדורה 09.2020)

חתימת המבוטח \*

תאריך

