

הנדון: הנחיות לתביעה לפוליסה על נזק שנגרם לרכבך

אירעה תאונה לרכבך? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו. בכוונתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר וללוות אותך לאורך כל הדרך עד לסיום הטיפול בתביעה.

1. באפשרותך לפעול באחת מהדרכים הבאות:

א. תיקון הרכב במוסד הסדר- (מומלץ)

באפשרותך לבחור מוסד מתוך רשימת מוסכי ההסדר של החברה בה רכבך מבוטח, במסגרת דוח לפוליסה על מנת שתוכל להנות מהנחה בגובה ההשתתפות העצמית/ ביטול השתתפות עצמית וזאת בהתאם לתנאי הפוליסה שרכשת. כמו כן, יש באפשרותך לבחור שמאי מתוך רשימת השמאים של חברת הביטוח בה הנך מבוטח. במידה והנך מעוניין בשמאי שאינו מופיע ברשימה המצ"ב אנא הודיענו על כך בהקדם על מנת שנסביר לך את השלכות בחירתך.

ב. תיקון הרכב במוסד שאינו מוסד הסדר-

במידה והנך מעוניין לתקן את רכבך במוסד שאינו נמנה על רשימת מוסכי ההסדר של חברת הביטוח, עליך לשלם את סכום התיקון במלואו ישירות למוסד בהמחאה דחויה ל-90 יום לפחות. רצוי לסכם נושא זה מראש מול המוסד המטפל. את החשבונית והקבלה המקורית בגין התיקון עליך לשלוח בדואר לשמאי. לאחר מכן יועבר דו"ח שמאי לחברת הביטוח וזו תבצע תשלום לחשבונך בהעברה בנקאית בקיזוז השתתפות עצמית.

2. לאחר שיתקבלו במשרדנו כל המסמכים המבוקשים, ובמידה שישנם סכומים נוספים שברצונך לתבוע, אנא ציין זאת במסמך נלווה למסמכים שהינך שולח אלינו בצרוף אסמכתאות מקוריות. לאחר שדו"ח השמאי יועבר לחברת הביטוח, זו תבצע תשלום למוסד/ לחשבונך בהעברה בנקאית על פי תנאי הפוליסה.

3. המשך הטיפול בתביעתך מותנה בקבלת המסמכים המפורטים במשרדנו (פקס 03-5670406) כולל טופס הודעה על נזק תאונתי המצ"ב חתום ומלא בכתב יד ברור וקריא בצירוף המסמכים הבאים:

- א. צילום ת.ז. של הנהג ברכבך בעת הארוע
- ב. צילום רשיון נהיגה של הנהג ברכבך בעת הארוע
- ג. צילום רשיון רכב תקף למועד הארוע
- ד. במידה והיתה מעורבת משטרה: אישור משטרה וצילום תעודת חובה תקפה למועד הארוע
- ה. העתק מלא וחתום על ידך של מכתב זה
- ו. צילום המחאה/ אישור ניהול חשבון של בעל הפוליסה.

לתשומת לבך!

- רק אם ברשותך פוליסת מקיף לרכבך, הנך יכול ושאי לתבוע את הפוליסה שברשותך בגין הנזק שנגרם לרכבך
- נא וודא את גובה סכומי ההשתתפות העצמית לפי הפוליסה שברשותך
- רשימת מוסכי ההסדר מופיעה באתר האינטרנט של חברת הביטוח
- עם רישום התביעה בפוליסה צפויה הפרמיה להתייקר במועד החידוש למשך 3 שנים

עם קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל, מלאים, חתומים וברורים, נמשיך את טיפולנו בתביעתך

בברכה,

צוות תביעות לפוליסה - רכב

הנני מאשר/ת בחתימתי זו שקראתי והבנתי את תוכן המכתב.

חתימה

תאריך

מס' רשוי

שם פרטי ושם משפחה

רח' הרכבת 28, תל אביב. ת.ד. 36834 ת"א 6136702, טל' 03-5670404, פקס' 03-5670405, פקס תביעות 03-5670406
סניף תע"א – נתב"ג: טל' 03-5670444, פקס' 03-5608777

E-mail: gama@gama-golan.co.il

כתובתנו באינטרנט: www.gama-golan.co.il

טופס תביעה מקרה ביטוח לרכב

<input type="checkbox"/> נזק עצמי	<input type="checkbox"/> נזק עצמי וגם נזק לצד ג'	<input type="checkbox"/> נזק לצד ג' בלבד	<input type="checkbox"/> אי הגשה	<input type="checkbox"/> גניבה
-----------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

פרטי המבוטח והפוליסה				
שם המבוטח	מס' ת"ז	מס' פקס	כתובת	מס' טלפון / נייד
עוסק מורשה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	דוא"ל לקבלת עדכונים בקשר לתביעה		
שם סוכן הביטוח	מס' טלפון סוכן הביטוח	מס' פוליסה	סוג הביטוח	מקיף <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> חובה <input type="checkbox"/>

פרטי הרכב	
מס' רישון	שם יצרן הרכב והדגם
סוג רכב:	פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>
על שם מי רשום הרכב	

פרטי הנהג				
שם הנהג	מס' ת"ז	הקשר לבעל הרכב	כתובת	מס' טלפון / נייד
מס' טלפון / נייד	תאריך לידה של הנהג	מס' רישון	רשיון <input type="checkbox"/> נהיגה <input type="checkbox"/> בתוקף <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם נהג ברשות המבוטח <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
			רשיון <input type="checkbox"/> ישראלי <input type="checkbox"/> זר <input type="checkbox"/>	

פרטי האירוע				
תאריך האירוע	שעה	יום	כתובת מקום האירוע	האם דווח למשטרה
שם התחנה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ת"ש	תרשים מקום התאונה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
<p>תאור הנזקים ברכב צד ג' </p>				
מה התמורר המוצב בדרך של המבוטח? _____				
מה התמורר המוצב בדרך של צד ג'? _____				

פרטי טיפול בנזק		
מוסך הסדר	שם המוסך	שם השמאי
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		אני מבקש למנות שמאי באופן אקראי מתוך רשימת השמאים _____

פרטי צד ג'				
(אם באירוע מעורבים רכבים נוספים יש למלא בטופס נוסף ולצרף לטופס זה)				
שם הנהג ברכב המעורב	מס' ת"ז	מס' רישון	מס' טלפון / נייד	שם חברת הביטוח
שם בעל הרכב	מס' ת"ז	שם יצרן הרכב, דגם וצבע	סוג הביטוח	מקיף <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> חובה <input type="checkbox"/>

הרשאה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח ופרטי חשבון בנק
 אני הח"מ מבקש ומאשר בזאת להעביר את תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע המפורט לעיל, לחשבון הבנק שפרטיו להלן. ידוע לי כי אין בהרשאה/בקשה זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

שם בעל החשבון				
מספר חשבון	מספר סניף	שם בנק	שם סניף	כתובת דוא"ל למשלוח הודעת זיכוי/משלוח הודעת זיכוי באמצעות הסוכן @
תאריך	חתימת המבוטח	יש לצרף צילום ברור של המחאה או אישור בנק על פרטי חשבון <input checked="" type="checkbox"/>		

יש לצרף את המסמכים הבאים		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
צילום תעודת זהות	צילום רישיון רכב	צילום רישיון נהיגה של הנהג בזמן האירוע

הצהרת המבוטח		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מאשר לשומרה לפצות את תובע צד ג' בגין התאונה בכפוף לבדיקתה (על פי סעיף 68 לחוק חוזה הביטוח).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני הח"מ מצהיר בזאת שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים, וכי לא הסתרתי כל עובדה רלוונטית לבדיקת חבות המבוטח.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני הח"מ מסכים בזה, כי האגף לשרותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל ו/או מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ, את פרטי הרכב המצויים במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. אני מסכים שפרטי התביעה יועברו למאגר מידע המנהל על ידי איגוד חברות הביטוח.
תאריך	שם ושם משפחה	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>
שם מוסר ההודעה	תאריך מסירת ההודעה	שם ממלא הטופס
חתימה <input checked="" type="checkbox"/>	שם ממלא הטופס	חתימת ממלא הטופס <input checked="" type="checkbox"/>
חתימה <input checked="" type="checkbox"/>	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>

הריני לאשר בזאת לשלוח לכתובת הדוא"ל כל מסמך ומידע הקשור בתביעה. כמו כן, הריני לאשר להציג מסמכים אלה באתר האינטרנט של שומרה.

טופס הודעה פגיעת גוף מרכב

יש להעביר טופס זה מלא וחתום למספר הפקס הרשום לעיל.
בתאונה עם מספר נפגעים, יש למלא סעיפים ד-ו עבור כל נפגע בטופס נפרד ולצרף לטופס זה.

א. פרטי המבוטח

מס' ת"ז	שם המבוטח	מספר הפוליסה	שם הסוכן
.....
מספר רישוי של הרכב	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	כתובת
.....

עזור לנו לשמור על כדור הארץ! אני מסכים לקבל משומרה תכתובת בקשר לתביעה באמצעות דוא"ל:
@

ב. תאור התאונה

תאריך התאונה	שעה	מקום התאונה המדויק	האם דיווחת למשטרה על קרות התאונה
.....	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
שם הנהג	ת"ז נהג	תאריך לידה	תאריך הוצאת רישיון נהיגה
.....

תאור קצר של נסיבות התאונה:
.....

האם נגרם נזק לרכב כן לא אם כן, פרט:

נא סמן החלופה המתאימה: רכב צד ג' מעורב בתאונה משאית מעורבת בתאונה אופנוע מעורב בתאונה תאונה עצמית פגיעה בהולך רגל, אם כן - האם היה מגע בין הולך הרגל לבין רכב נוסף, או בין רכב לרכב נוסף? אם כן, ציין את מספר הרישוי של הרכב הנוסף האם המדובר בתאונה: תוך כדי עבודה בדרך למקום העבודה בדרך ממקום העבודה לביתך אין מדובר בתאונה שקשורה למקום העבודה

ג. פרטי נפגעים

אנא ציין פרטי כל הנפגעים ברכב המבוטח ו/או הולכי רגל

שם הנפגע	מס' ת"ז	גיל	קשר לנהג / מבוטח
.....
.....
.....
.....

ד. פרטי פגיעה

האם נגרמו לך חבלות בעקבות התאונה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, נא פרט:	סוג פגיעה	האיבר הנפגע
.....
.....
.....

האם פונית באמצעות אמבולנס? כן לא

האם קיבלת טיפול רפואי בעקבות התאונה? (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת ככל שרלוונטי) טופלתי בחדר מיון טופלתי ע"י רופא המשפחה טופלתי ע"י רופא מומחה אחר:

האם הוגש טופס כעת כן לא במידה והוגש טופס, נא פרט:

שם הרופא	סוג הרופא	הטיפול
.....
.....
.....

האם נעדרת מעבודתך בעקבות התאונה? כן, נעדרתי מתאריך: עד תאריך: לא נעדרתי מהעבודה

ה. יש לצרף את המסמכים הבאים

כל התיעוד הרפואי הרלוונטי אישורי אי כושר אישור מקום העבודה על העדרות

ו. הצהרת המבוטח

הריני להצהיר בזה שכל הפרטים שמשרתי לעיל נכונים וכי לא העלמתי כל עובדה

תאריך	שם ושם משפחה	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>
.....



משרד ראשי: הסיבים 23 פתח תקוה, טלפון: 03-9258020 פקס: 03-9251665

**תאריך:
מבלי לפגוע בזכויות**

דיווח על פרטי חשבון בנק לצורך העברה בנקאית

הנדון: תביעתנו מספר :
ת.ד. מיום :
רכב מספר:
שם המבוטח :
פוליסה מספר :

אני הח"מ מבקש בזאת משומרה חברה לביטוח בע"מ לשלם לי את תגמולי הביטוח המגיעים לי בגין אירוע מיום _____, באמצעות העברה בנקאית אל חשבון הבנק שלי שפרטיו להלן:

										שם בעל החשבון																			
מספר ת.ז.										ס.ב.																			
שם הסניף										שם הבנק										כתובת למשלוח הודעת זיכוי									
										מספר חשבון																			
מס בנק										מספר סניף																			

ידוע לי שאין בבקשתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח. ידוע לי כי במקרה והפוליסה משועבדת, סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי יועבר לפקודת המשעבד.

_____ שם
_____ חתימת המבוטח
_____ תאריך

* יש לצרף **צילום המחאה של בעל החשבון**, או **אישור מהבנק על פרטי החשבון**.

יש לשלוח טופס זה לפקס: 03-9251665 או לשלוח למשרדנו בכתובת -
הסיבים 23, פתח תקוה, מיקוד-49170.

דיווח על פרטי חשבון בנק לצורך העברה בנקאית MCT030

לנוחיותך! מידע בנוגע למצב תביעות צד ג' ניתן לקבל באתר החברה-
WWW.SHOMERA.CO.IL