

לקוחות יקרים,
**יש להקפיד על מילוי המידע הנדרש באופן מלא ומדויק
ולצרף את המסמכים הנדרשים.**
במידה וקיים שדה שאינכם יודעים למלא, יש להשאיר אותו
ריק ואנו נשלים/ניצור עימך קשר למילוי הטופס.

על מנת שנוכל לטפל בפנייתכם, יש להעביר את המסמכים
לתיבת הדוא"ל: **CLAIMS@WOBI.CO.IL**

(שימו לב! אין צורך להעביר את מסמכים לחברת הביטוח,
אנו נדאג לטיפול בפנייתך למול חברת הביטוח)

בכל שאלה או בקשה נוספת, אנו זמינים עבורך באמצעות
המייל - **CLAIMS@WOBI.CO.IL** או באמצעות התכתבות
עם נציג בWhatsapp - במספר **050-6565902**

שעות פעילות מוקד שירות הלקוחות
ימים א'-ה' - 09:00-17:00
ימי ו', ערבי חג וחול המועד 08:00-13:00



הודעה על תביעה - תאונה לרכב או למכונה חקלאית ולנפגעי גוף

אין לתקן את הרכב/מכונה חקלאית בלא אישור

א. פרטים על הרכב המבוטח

שם המבוטח	מספר הזהות	כתובת המבוטח	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד
כתובת דואר אלקטרוני	מספר רישוי	מספר שלדה/מנוע	סוג הרכב/מכונה	שנת ייצור
מספר הפוליסה	שם סוכנות הביטוח	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד	

ב. פרטים על הנהג ברכב המבוטח בעת התאונה

שם הנהג	מספר הזהות	תאריך לידה	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד
כתובת (כולל מיקוד)	כתובת דואר אלקטרוני	מספר רישיון הנהיגה	דרגת הרישיון	שנת הוצאת הרישיון
התאונה אירעה באשמתך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				

ג. אישור אי-הגשת תביעה

אני מבקש לקבל אישור אי-הגשת תביעה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
-----------------------------------	---

ד. פרטים על התאונה

תאריך התאונה	שעת התאונה	מקום התאונה	תיאור כללי של המקרה שנגרם לרכב המבוטח	תיאור כללי שנגרם לרכב צד שלישי
סוג וכמות המטען בזמן התאונה				
האם יש שלילת רישיון				
מהו התמרחר שהיה מוצב/צבע הרמזור בדרכו של:				
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לצד שלישי <input type="checkbox"/> לאף אחד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף המבוטח <input type="checkbox"/> צד שלישי				

ה. פרטים במקרה של התנגשות עם רכב אחר (נא לרשום פרטים על כלי הרכב המערב)

שם בעל הרכב	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	שם הסוכן
מספר הרכב	תוצרת/דגם	שנת ייצור	חברת ביטוח	מספר הטלפון הנייד
שם הנהג	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	

אנא רשום תיאור מלא של המקרה

תרשים המקום והאירוע

פרטי העדים למקרה

1 שם	כתובת	מספר הטלפון	מספר	האם ניתנה הודעה במשטרה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, לאיזו תחנה
2 שם	כתובת	מספר הטלפון	מספר	מספר תיק/יומן

ו. פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל נהג) ו/או הולכי רגל (נא להמציא תצלום תעודת ביטוח חובה עם חותמת הבנק המאשר את תשלום הפרמיה)

שם מלא	מספר הזהות	כתובת	גיל	תאונת עבודה*	מעמד בעבודה	האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי
				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
פרטים על הפגיעה ב: **						
				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
פרטים על הפגיעה ב: **						
				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
פרטים על הפגיעה ב: **						

* אם התשובה לשאלה זו היא "כן" יש להגיש למוסד לביטוח לאומי תביעה להפסדי השתכרות והוצאות רפואיות.
** במקרה של תאונת עבודה, האם התאונה אירעה במסגרת העבודה או בדרך אליה/בחזרה.

אני מאשר כן לא, את מסירת כל המידע על הרכב המבוטח שבבעלותי ועל רישיון הנהיגה שלי ממאגרי המידע של משרד התחבורה/משרד הרישוי.
אני מאשר שנמסר לי שחברת הביטוח רשאית לפנות, לביורור פרטים על כלי הרכב המבוטח, למאגר המידע על כלי הרכב הנמצא במרכז הסליקה של איגוד חברות הביטוח.

אני מעוניין כן לא, שתביעת צד שלישי, שתוגש נגדי, תשולם על-ידי החברה, בהתאם לסעיף 68 בחוק חוזה הביטוח, ואני מתחייב להעביר את סכום ההשתתפות העצמית שלי, על-פי תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה לכך.
אני מבקש להעביר אליי את דוח השמאי לדואר האלקטרוני הרשום בסעיף א.

תאריך חתימה