

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

זהות המדווח: פרטי חברה אישור אי-הגשה

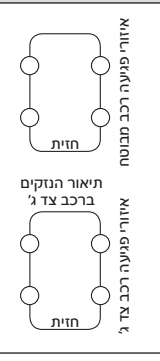
א פרטי המבוטח והפוליסה

מס' הפוליסה	סוג הביטוח	שם הסוכן
מס' רישוי	תוצר ודגם	שנת ייצור
שם המבוטח	מס' ת.ז.	סוג הרכב <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> עוסק מורשה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
רחוב	מס' <input type="checkbox"/> מ' <input type="checkbox"/>	ישוב <input type="checkbox"/> מיקוד <input type="checkbox"/>
טלפון בית	טלפון נייד	פקס
דואר אלקטרוני	Email	

ב פרטי הנהג (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

שם הנהג	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>
רחוב	מס' <input type="checkbox"/> מ' <input type="checkbox"/>	ישוב <input type="checkbox"/> מיקוד <input type="checkbox"/>	
טלפון בית	טלפון נייד		
מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון	שנת הוצאת רישיון	האם נהג ברשות מבוטח <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

ג פרטי התאונה

תאריך	שעה	מקום/כתובת אתר התאונה
נגבתה עדות ע"י משטרת ישראל בתחנת	מס' יומן	מס' תיק
תיאור הנזק / מיקום הנזק ברכב המבוטח		
האם היה באירוע? <input type="checkbox"/> גרר <input type="checkbox"/> משטרה <input type="checkbox"/> מכבי אש <input type="checkbox"/>		
תיאור מפורט של התאונה (במידה והמקום לא מספיק ניתן להוסיף דף מלווה עם פרטים נוספים ובלבד שבראש הדף יצויין בהבלטה מספר הרכב):		
תרשים מקום התאונה		
 <p>איזור פגיעה רכב מבוטח חזית</p> <p>תיאור הנזקים ברכב צד ג' איזור פגיעה רכב צד ג' חזית</p>		
עדים		
1	שם	טלפון
	כתובת	
2	שם	טלפון
	כתובת	
שמאי	מוסך	המקרה אירע <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> במהלך העבודה <input type="checkbox"/> בדרך ממקום העבודה <input type="checkbox"/>

ד נפגעים

אם נפגעו בני אדם בתוך רכבך כולל הנהג או הולכי רגל, נא תן פרטים:			
משפחה ושם פרטי	מס' ת. זהות	כתובת הנפגע	מס' טלפון

ה פרטי המעורב - צד ג' (חובה למלא את כל הפרטים בפרק זה)

מס' רישוי	סוג הרכב: <input type="checkbox"/> רכב קל <input type="checkbox"/> רכב כבד מעל 4 טון	סוג ביטוח: <input type="checkbox"/> מקיף <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> חובה
שם בעל הרכב	מס' ת.ז.	כתובת
שם הנהג	מס' ת.ז.	כתובת
שם חברת הביטוח	מס' הפוליסה	תיאור הנזק / מיקום הנזק לצד ג'

ו הצהרת המבוטח

הנני מעוניין כי תביעת צד ג' שתוגש נגדי תטופל ו/או תשולם על ידי החברה לא כן

במידה וכן, הנני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרישה להשתתפות עצמית. כמו כן, הנני מיפה את כוחה של הראל חברה לביטוח בע"מ לצלם את תיק המשטרה / בית המשפט ככל שיידרש. הנני מתחייב בזה להעביר מיידית לחברה כל הודעה, הזמנה, בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. כמו כן, הנני מצהיר כח כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.

תאריך: הטופס מולא ע"י: חתימת המבוטח/ת: 