

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

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

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

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

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

פרטי טיפול בנזק	
מוסך הסדר	שם המוסך
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	שם השמאי / 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' טלפון / נייד	מס' רישוי	שם חברת הביטוח
שם בעל הרכב	מס' ת"ז	שם יצרן הרכב, דגם וצבע	סוג הביטוח <input type="checkbox"/> מקיף <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> חובה <input type="checkbox"/>	שם חברת הביטוח

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	מס' ת"ז	שם בנק	שם סניף	מספר חשבון
שם בעל החשבון	מס' ת"ז	שם בנק	שם סניף	מספר חשבון
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המבוטח	<input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף צילום ברור של המחאה או אישור בנק על פרטי חשבון		

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

הצהרת המבוטח			
<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"/> אני, הנהג ברכב המבוטח, מסכים בזה כי משרד התחבורה יעביר לשומרה באמצעות איגוד חברות הביטוח, את המידע על רישיון הנהיגה שלי ממאגר נתוני הנהגים שברשות המשרד. הסכמתי ניתנת לצורך בירור התביעה.	אני הח"מ מצהיר בזאת שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים, וכי לא הסתרת כל עובדה רלוונטית לבדיקת חבות המבוטח.	
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 המנוהל על ידי איגוד חברות הביטוח.			
תאריך	שם ושם משפחה	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה	
שם מוסר ההודעה	תאריך מסירת ההודעה	שם ממלא הטופס	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת ממלא הטופס
שם מוסר ההודעה	תאריך מסירת ההודעה	שם ממלא הטופס	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה
הריני לאשר בזאת לשלוח לכתובת הדוא"ל כל מסמך ומידע הקשור בתביעה. כמו כן, הריני לאשר להציג מסמכים אלה באתר האינטרנט של שומרה.			