

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

מבוטח יקר,

נא הקף בעיגול באיזה אמצעי דיוור הנך מבקש להתנהל מולנו: דואר ישראל/ דואר אלקטרוני: @\_\_\_\_\_

**\*\*בהעדר סימון מסמכי התביעה ישלחו בדואר ישראל**

|  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
|--|----------|---|--------------------|--|-----------------|---|---------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/>   | נזק עצמי | <input type="checkbox"/>                                | נזק עצמי גם לצד ג' | <input type="checkbox"/>   | נזק לצד ג' בלבד | <input type="checkbox"/>  | אי הגשה | <input type="checkbox"/>                                | גניבה/פריצה |
| <b>פרטי המבוטח והפוליסה</b>  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| שם המבוטח  |          | עוסק מורשה  |                    | כתובת המבוטח   |                 | ת.ז/הות.ח.פ.  |         |   |             |
|  |          | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |                    |  |                 |   |         |   |             |
| טלפון נייד   |          | טלפון בית/עבודה   |                    | דוא"ל  |                 | סוג הביטוח:   |         | מס' פוליסה  |             |
|  |          |   |                    |  |                 | מקיף <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> חובה <input type="checkbox"/>  |         |   |             |
| <b>פרטי הנהג</b>   |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| שם הנהג  |          | כתובת הנהג  |                    | ת.ז. הנהג  |                 |   |         |   |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| טלפונים של הנהג  |          | קרבה למבוטח   |                    | מס' רישיון נהיגה   |                 | דרגת רישיון   |         | תאריך הוצאת רישיון ולידה                                |             |
|  |          |   |                    |  |                 | רישיון זר: _____  |         | תאריך רישיון: ____/____/____                            |             |
|  |          |   |                    |  |                 | ת.לידה: ____/____/____  |         |   |             |
| <b>פרטי רכב</b>  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| מס' רישוי  |          | שם היצרן  |                    | דגם  |                 | סוג הרכב(פרטי/מסחרי)  |         | שנת ייצור   |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <b>פרטי הארוע והטיפול בנזק</b>   |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| תאריך המקרה  |          | יום   |                    | שעה  |                 | כתובת מקום והארוע   |         | האם היה עירוב משטרה                                     |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         | האם רישיון נפסל   |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |             |
| <b>תאור נסיבות המקרה:</b>  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| שם התחנה:  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| מס' יומן/תיק:  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| פרטי עדים:   |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| מי לדעתך אחראי לאירוע: <input type="checkbox"/> אני <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> לא ידוע מהו התמרוך המוצב בדרכו של צד ג':   |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <b>פרטי המוסד</b> בהסדר: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>  |          | <b>שם השמאי</b>   |                    | מינוי שמאי: אני החתום מטה מאשר בזאת כי בהתאם לחוזר המפקח על הביטוח 1-8-2007 (להלן החוזר) הובהר לי שהנני רשאי לבחור שמאי מרשימת שמאי החוץ של החברה שהוצגה בפניי או לחילופין שמאי אחר ובהתאם לכך יחולו הוראות החוזר. |                 |   |         |   |             |
| <b>פרטי צד שלישי (אם יש יותר מרכב אחד למלא בדף נפרד)</b>   |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <b>מספר רישוי</b>  |          | <b>תוצרת \ דגם</b>                                      |                    | <b>חברת הביטוח</b>   |                 | <b>סוכן הביטוח</b>  |         | <b>סוג ביטוח (מקיף \ חובה \ ג)</b>                      |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <b>שם בעל הרכב</b>   |          | <b>תעודת זהות</b>                                       |                    | <b>כתובת</b>   |                 | <b>טלפון</b>  |         | <b>טלפון נייד</b>                                       |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <b>שם הנהג</b>   |          | <b>תעודת זהות</b>                                       |                    | <b>כתובת</b>   |                 | <b>טלפון</b>  |         | <b>טלפון נייד</b>                                       |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <b>הרשאה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח</b>   |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| אני החתום מטה 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 בכיסויי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <b>שם בעל החשבון</b>   |          | <b>מספר ת.ז. / ח.פ.</b>                                 |                    | <b>שם הבנק</b>   |                 | <b>שם הסניף</b>   |         |   |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <b>מספר חשבון</b>  |          | <b>מספר בנק</b>   |                    | <b>מספר סניף</b>   |                 | <b>חתימת בעל החשבון:</b><br>יש לצרף צילום המחאה או אישור בנק על פרטי ח-ן _____  |         |   |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <b>הצהרות המבוטח / בעל הרכב / נהג (אישור על ידי סימון במשבצת הריקה)</b>  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |
| <input type="checkbox"/>   |          | <input type="checkbox"/>                                |                    | <input type="checkbox"/>   |                 | אני הח"מ הרשום כבעל הרכב במאגר משרד התחבורה - מסכים בזאת כי משרד התחבורה יעביר לשירביט באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל, את המידע על רישיון הנהיגה שלי ממאגר נתוני הנהיגים שברשות המשרד. הסכמתי ניתנת לצורך בירור התביעה   |         |   |             |
| <input type="checkbox"/>   |          | <input type="checkbox"/>                                |                    | <input type="checkbox"/>   |                 | אני הח"מ הרשום כבעל הרכב במאגר משרד התחבורה - מסכים בזאת כי משרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל / מרכז הסליקה של חברות הביטוח בעי"מ את כל המידע על הרכב המצוי במאגר כל הרכב של משרד התחבורה. |         |   |             |
| <input type="checkbox"/>   |          | <input type="checkbox"/>                                |                    | <input type="checkbox"/>   |                 | אני המבוטח מאשר לשירביט לפצות את תובע צד ג' בגין התאונה בכפוף לבדיקתה (ע"פ סעיף 68 לחוק חזקה הביטוח)  |         |   |             |
| <b>תאריך מילוי הטופס</b>   |          | <b>שם ושם משפחה</b>                                     |                    | <b>חתימת המבוטח</b>  |                 | <b>חתימת הנהג</b>   |         |   |             |
|  |          |   |                    |  |                 |   |         |   |             |