Wobi
משווים וקונים ביטוח

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

טלפון: 077-600-1000 | פקס: 077-600-1001
כתובת: מגדל הכשרת הישוב, זאב ז'בוטינסקי 9, בני ברק 5126417
Wobi.co.il | wobi סוכנות לביטוח בע"מ

בתאונה לרכב/מכונה חקלאית
חובה לצרף תצלום רישיון הנהיגה
משני צדדיו

ביטוח חקלאי

כי בעצם זה שלך

בקבלת טופס זה
אין החברה מודה
באחריותה

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 / שם היצרן והדגם
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 ☐ כן ☐ לא

ג. אישור אי-הגשת תביעה

אני מבקש לקבל אישור אי-הגשת תביעה ☐ לא ☐ כן, ⬅ הכתובת למשלוח האישור

ד. פרטים על התאונה

תאריך התאונה	שעת התאונה	מקום התאונה	תיאור כללי של הנזק שנגרם לרכב המבוטח	תיאור כללי שנגרם לרכב צד שלישי
סוג וכמות המטען בזמן התאונה				
האם יש שלילת רישיון ☐ לך ☐ לצד שלישי ☐ לאף אחד	היש תמונות ממקום האירוע ☐ לא ☐ כן, נא לצרף	מהו התמרור שהיה מוצב/צבע הרמזור בדרכו של: המבוטח	צד שלישי	

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

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

אנא רשום תיאור מלא של המקרה

תרשים המקום והאירוע

האם ניתנה הודעה במשטרה ☐ לא ☐ כן,
לאיזו תחנה ⬇
מספר תיק/יומן

פרטי העדים למקרה

1 שם ____ כתובת ____ מספר הטלפון ____

2 שם ____ כתובת ____ מספר הטלפון ____

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
				☐ כן ☐ לא	☐ שכיר ☐ עצמאי	☐ כן ☐ לא
פרטים על הפגיעה ב:**						
				☐ כן ☐ לא	☐ שכיר ☐ עצמאי	☐ כן ☐ לא
פרטים על הפגיעה ב:**						
				☐ כן ☐ לא	☐ שכיר ☐ עצמאי	☐ כן ☐ לא
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, לבירור פרטים על כלי הרכב המבוטח, למאגר המידע על כלי הרכב הנמצא במרכז הסליקה של איגוד חברות הביטוח.
אני מעונין ☐ 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 ✍ ____

ר"ה 08-081-10-06 9.2017