



## טופס הצהרה על נפגעי גוף בתאונות דרכים

שם המבוטח \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מס' תעודת חובה \_\_\_\_\_  
שם הסוכן \_\_\_\_\_ שם הנהג \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובתו \_\_\_\_\_  
מס' רשויה של הרכב המבוטח \_\_\_\_\_ דגם \_\_\_\_\_  
תאריך התאונה \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ מקום התאונה \_\_\_\_\_  
מטרת הנסיעה \_\_\_\_\_ מספר הנוסעים שהיו ברכב המבוטח בעת התאונה \_\_\_\_\_  
שמות הנוסעים שהיו ברכב המבוטח בעת התאונה:-

שם	כתובת
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____
6.	_____

פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל נהג) ו/או הולכי רגל

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
גיל \_\_\_\_\_ פרטים על הפציעה/אושפז ב: \_\_\_\_\_

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
גיל \_\_\_\_\_ פרטים על הפציעה/אושפז ב: \_\_\_\_\_

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
גיל \_\_\_\_\_ פרטים על הפציעה/אושפז ב: \_\_\_\_\_

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
גיל \_\_\_\_\_ פרטים על הפציעה/אושפז ב: \_\_\_\_\_

תאריך הודעה על התאונה \_\_\_\_\_ בתחנת המשטרה \_\_\_\_\_  
הנני מצהיר בזאת ומאשר כי פרט לנפגעים שציינתי להלן לא נפגע או נפצע אדם נוסף בתאונה הנדונה.

הנהג \_\_\_\_\_ המבוטח \_\_\_\_\_