



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975

דרך מנחם בגין (דרך פ"ת) 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) ת"א 66182

טלפון: 03-7111666 פקסמיליה: 03-7111667 ת.ד. 37505 מיקוד 61374

מידע מוגבל

טופס תביעה

לתשומת לב:

המידע דרוש לצורך בדיקת זכאות הנפגע לקבל פיצוי מהקרן עפ"י חוק הפיצויים וכן לצורך החלטה לגבי גובה הפיצוי אם הנפגע ימצא זכאי לפיצוי.

מסירת המידע אינה חובה עפ"י חוק ואולם אי מסירת מלוא הפרטים והמסמכים הנדרשים עלול להביא לדחיית התביעה ו/או לקושי בגיבוש הצעת פשרה לסילוק התביעה.

המידע יימסר רק למי שמוסמך לקבלו עפ"י דין לצורך בחינת זכאות הנפגע ו/או לצורך בדיקת נזקי הנפגע ו/או לצורך הוכחת זכות החזרה של הקרן עפ"י חוק הפיצויים לנפגעי ת"ד.

1. פרטי הנפגע

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
ת"ז מס': _____ תאריך לידה: _____
כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר/ישוב _____
טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____ נייד: _____

2. א. פרטי התאונה

תאריך התאונה: _____
האם הנפגע: הולך רגל נוסע ברכב רוכב אופניים נהג ברכב אחר _____
מס' תיק המשטרה: _____ תחנת המשטרה בו נחקרה התאונה: _____
מקום התאונה: _____ שעת התאונה: _____
הערות: _____

ב. תיאור התאונה:



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975

דרך מנחם בגין (דרך פ"ת) 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) ת"א 66182

טלפון: 03-711666 פקסמיליה: 03-711667 ת.ד. 37505 מיקוד 61374

ג. עדי ראיה לתאונה

שם פרטי	שם משפחה	כתובת	טלפון

3. עילת הפניה לקרנית, כגון: תאונת פגע וברח, פגיעה מרכב חסר ביטוח, נהג חסר רישיון נהיגה וכו' _____

4. האם התאונה קרתה:

א. בדרך לעבודה ב. במהלך העבודה ג. בדרך מהעבודה הביתה
 כן לא כן לא כן לא

5. עיסוקו של הנפגע – יש למלא סעיף זה אם דרישתך כוללת פיצוי בגין אובדן השתכרות.
א. שם מלא של המעביד (כגון: שם חברה, שם עסק וכו') אצלו עבד הנפגע בעת התאונה:

מעמד הנפגע: עצמאי שכיר
הכנסה/שכר חודשי ברוטו: _____

ב. שם מלא של המעביד/ים כנ"ל במהלך 6 חודשים לפני התאונה:

מעמד הנפגע: עצמאי שכיר
שכר חודשי ברוטו: _____

ג. שם מלא של המעביד/ים כנ"ל במהלך התקופה מאז התאונה ועד היום:

מעמד הנפגע: עצמאי שכיר
שכר חודשי ברוטו: _____

הערות: _____



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975

דרך מנחם בגין (דרך פ"ת) 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) ת"א 66182

טלפון: 03-7111666 פקסמיליה: 03-7111667 ת.ד. 37505 מיקוד 61374

6. פרטי מוסר ההודעה במקרה בו אין מדובר בנפגע, כגון: הורי קטין או אפוטרופוס עפ"י דין

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ קרבה לנפגע: _____

ת"ז מס': _____ שנת לידה: _____

כתובת: רחוב _____ מספר _____ עיר/ישוב _____

טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____ נייד: _____

7. מסמכים מצורפים:

חתימת הנפגע

חתימת מוסר ההודעה

תאריך:

לשימוש משרדי

התובע הוחתם על וס"ר כן לא

תאריך

חתימת הפקיד