

|               |                     |               |
|---------------|---------------------|---------------|
| To            | 0773180983          | אל            |
| Fax No        | 0773180983          | מס' פקס       |
|               |                     |               |
| Date<br>&Time | 23-01-2024 16:15:51 | תאריך<br>ושעה |
| Pages         | 4                   | עמודים        |
|               |                     |               |
| From          | Fax-Ytviot          | מאת           |
| Fax No        |                     | מס' פקס       |
| Tel No        |                     | מס' טלפון     |
|               |                     |               |
| Re            |                     | בנושא         |
|               |                     |               |

# הפול

ביטוח • חובה • שיוור



תאריך : 23/01/2024  
מספרנו : 2024000000269  
מספרך :

מבלי לפגוע בזכויות  
מבלי לפגוע בטענת  
התיישנות  
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד  
פרייברג אריאל, עו"ד  
אבא הלל 7  
רמת גן 0000000

א.ג.ב.,

|                    |                     |              |
|--------------------|---------------------|--------------|
| הנדון :            | תאונת דרכים מיום    | 20/09/2022 : |
| תיק אזרחי          | 25730124 :          |              |
| בית משפט           | בימ"ש שלום - בת ים  |              |
| שם נפגע/ת          | קבלאן הישאם         |              |
| רכב מס'            | 9581387             |              |
| שם הפוליסה         | אופנוע בבעלות פרטית |              |
| מספר פוליסה        | 762000630121        |              |
| שם המבוטח          | קבלאן הישאם         |              |
| סוג הכיסוי הביטוחי | ביטוח חובה          |              |

אנו מאשרים קבלת התביעה שבנדון.  
אודה על קבלת ארכה להגשת כתב הגנה אשר יוגש מטעמנו, במידת הצורך, תוך 30 יום ממועד קבלת דרישה בכתב.

על מנת שנוכל לגבש עמדתנו אבקשך להעביר את המסמכים הבאים:

1. טופס ויתור על סודיות הרצ"ב - מלא וחתום במקור.
2. אישור המל"ל על הכרתם בתביעה ואישור על דמי הפגיעה ששולמו לנפגע.
3. תלושי שכר בגין 3 חודשים שקדמו לתאונה ולאחריה או שומת מס.
4. טופס פינוי ע"י מד"א.

אבקשך להמציאנו המסמכים המבוקשים לעיל וכן צילום רשיון רכב וכן דרישתך לסילוק.

הריני להודיעך כבר בשלב זה, כי מרשך מחזיק בתעודת ביטוח הכוללת התניית השתתפות עצמית לפיה ינוכה מסכום הפיצוי סך של 25,000.00 ש"ח מהנזק הלא ממוני ו-7 ימי אי כושר.  
מכתבנו זה אינו מהווה הכרה בחבות כלשהי.

בכבוד רב,

ספי סבן, עו"ד  
מחלקת תביעות

**המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")**

ר"ח אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 75070 טל': 03-9424300-9424300-03 פקס: 9620909-03

**טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות****חלק א'**

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | שם האב |
|----------|---------|------------|--------|
| רחוב     | מספר    | עיר        | מיקוד  |
| טלפון    |         |            |        |

נותן בזה רשות למרפאות בריאות הנפש, לצה"ל כולל השלישות הראשית ולכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי שמטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור לחברת הפול ו/או למי שמציג כתב הרשאה מטעמה לאיסוף מידע (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ו/או הפסיכולוגי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אף כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופאיהם או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

- אני הח"מ מתיר לכל חברות הביטוח ולפניקס חברה לביטוח ולמנורה חברה לביטוח בע"מ ולמגדל חברה לביטוח בע"מ ולאליהו חברה לביטוח בע"מ ולמנורה חברה לביטוח ו/או להכשרת היישוב חברה לביטוח בע"מ ולביטוח חקלאי חברה לביטוח בע"מ ולביטוח ישיר חברה לביטוח בע"מ ולאילון חברה לביטוח ולכלל חברה לביטוח ולאריה חברה לביטוח בע"מ ולאורט חברה לביטוח בע"מ ולסחר חברה לביטוח ול- AIG חברה לביטוח ו/או לשירביט חברה לביטוח ו/או לשומרה חברה לביטוח ו/או לציון חברה לביטוח ו/או להדר חברה לביטוח ו/או דולב חברה לביטוח ולקרנית למסור מידע לתאגיד הפול אודות תאונות דרכים לרבות נזקי גוף שנגרמו לי אם אירעו או נגרמו בעבר.

**חלק ב'**

| שם קופ"ח:       | סניף: | מס' חבר: | שם המוסד: |
|-----------------|-------|----------|-----------|
| רופאים:         | 1.    |          | 2.        |
|                 | 3.    |          | 4.        |
| מכונים, מעבדות: | 1.    |          | 2.        |
|                 | 3.    |          | 4.        |

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת \_\_\_\_\_

במקרה של קטין, שם האם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

| תאריך | עד לחתימה               | חתימה                              |
|-------|-------------------------|------------------------------------|
|       | חתימת העד + חותמת + מ"ר | (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) |

**ייפוי כח**

הריני מייפה את כוחו של נציג \_\_\_\_\_ לקבל את המידע המפורט לעיל.

**המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")**

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 75070 טל': 03-9424300 פקס 03-9620909

---

חתימה

---

שם פרטי ושם משפחה

---

תאריך