

תאריך: 15/05/2024

– מבלי לפגוע בזכויות ובטענת ההתיישנות –

לצרכי מו"מ בלבד

לכבוד

אריאל פרייברג, עו"ד

בדוא"ל: frei.ariel@gmail.com

ח.נ.,

הנדון: תביעה מס': 241000001637

אירוע מיום: 21/12/2022

סוג ביטוח חובה מס' פוליסה: 110414393222

מס' רישוי: 42020102

תובע/ת: סביר אלכסנדר

1. מאשרים קבלת מכתבך.

2. על מנת שנוכל לייתן עמדתנו בקשר עם דרישתך הן בשאלת החבות והן בשאלת הנזק נבקשך להמציא לחברתנו המסמכים כמפורט מטה:

א. נא הודיענו האם המדובר בתאונה בעבודה ונא העבר מלוא מסמכי ענף נכות מעבודה ולרבות פירוט תשלומים, דמ"פ ודוח"ת הוועדה הרפואית.

ב. מלוא התיעוד הרפואי בקשר עם התאונה.

ג. צילום המחאה/ טופס העברה בנקאית חתום. במידה ולא נקבל את פרטי חשבון הבנק בתוך 10 ימים, נראה בכך בקשה לקבל את התשלום בהמחאה.

נא ראה בבקשה זו דרישה לגילוי מסמכים לכל דבר ועניין.

3. לידיעתך: רק לאחר קבלת מלוא המסמכים ו/או המידע הנדרש ובדיקת תקינותם, נוכל להודיעך עמדתנו. מכתב זה אינו מהווה אישור לתקינותם ותקפותם של המסמכים שהתקבלו עד כה.

אין באמור כדי להוות הכרה בכיסוי הביטוחי או בנזק ו/או כדי למנוע העלאת טענה מטענותינו ככל שיתבררו. האמור לעיל מבוסס על המידע המצוי ברשותנו בשלב זה ואין בו משום מיצוי כל בקשותינו, טענותינו ו/או פגיעה בזכות חברתנו לטעון טענות נוספות בהתאם למידע נוסף אם יתגלה.

תשומת לבך מופנית לכך, כי בהתאם לדין וכפוף להוראותיו, תקופת ההתיישנות לצורך הגשת תביעה בהתייחס לאירוע הנדון, לתובע שאינו קטין בתביעת גוף חובה הינה 7

לשירותך, מחלקת תביעות רכב חובה וחבויות גוף.

פקס 03-6032693, מייל: Tviot.hova@shlomo-bit.co.il

שנים ממועד האירוע והחל ביום 21/12/2022 . עצם הגשת הדרישה אינה עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית המשפט עושה כן.

בשאלות או הבהרות נוספות, ניתן לפנות למטפל בתביעה בכל אחד מפרטי ההתקשרות המופיעים מטה.
לידיעתך, באפשרותך להודיענו אופן משלוח ההודעות המבוקש על ידך, בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, וזאת בדרך של דואר / דואר אלקטרוני / באמצעות הפקס. במידה וידרשו מסמכי מקור אלו יועברו בדואר בלבד.
האמור מעלה נקבע על סמך העובדות שבפנינו. באפשרותך להשיג על האמור לעיל בכל אחת מהדרכים הבאות:

1. פניה לכתום מטה תוך הבעת המחלוקת שיש לך עם עמדת החברה והנמקת עמדתך ו/או הצגת חו"ד מומחה מטעמך לאחר תיאום מוקדם עם חברתנו ו/או הצגת מידע נוסף שאינו מצוי ברשותנו.
2. פניה אל הממונה על פניות הציבור בחברתנו, בדואר אלקטרוני שכתובתו pz@shlomo-bit.co.il, או בפקס 03-5653470, או בדואר למשרדה הראשי של החברה.
3. פניה לערכאה שיפוטית ו/או פנייה אל המפקח על הביטוח היחידה לפניות הציבור, אגף שוק ההון, בטוח וחסכון במשרד האוצר, רח' קפלן 1, ת.ד. 59131 ירושלים 91131, טלפון 3002*, פקס' 02-5695352.

בכבוד רב,
רותם שוימר בז'ה, עו"ד
מחלקת תביעות גוף
טלפון: 03-7181454

לכבוד
ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

הנדון: טופס בקשת מידע רפואי וויתור על הסודיות

אני החתום –מטה:

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעוד ו/או לשירות בתי הסוהר ו /או שלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות פסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי למסור לשלמה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שידרשו המבקשים המתייחסים למצב בריאותי/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב , כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן למסור חומר/או מידע המייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרת שעברתי כולל מצב התביעה, סיכום הסילוק ומועדו ולרבות תשלומים תשלומים אשר שולמו ו/או ישולמו לי על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או כל גוף אחר.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדוטיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השירות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או שיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי כולל מידע או מסמך על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל על כל רשימות הרופאים שטיפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת
קופ"ח בה הנני חבר: _____		
רופא משפחה _____		
סניף _____ מס' אישי בצה"ל _____		
תאריך	עד לחתימה שהינו עו"ד + חותמת	חתימה

לשירותך, מחלקת תביעות רכב חובה וחבויות גוף.
פקס 03-6032693, מייל: Tviot.hova@shlomo-bit.co.il

שם הסוכן	מספר סוכן
מספר תביעה	



הודעה על תאונת דרכים - נזקי גוף

שם המבוטח	שם הנהג	מס' זהות (כולל ספרת ביקורת)	טלפון נייד: טלפון נוסף:
רכב מספר רישוי	מספר פוליסה	מס' רישיון נהיגה	תאריך הוצאת רישיון
תאריך לידה מלא	שם המעביד	טלפון מעביד	

האם התאונה אירעה: (הקף בעיגול)

במהלך עבודה/ בדרך לעבודה / בחזרה מהעבודה/ נסיעה פרטית / הסעה בתמורה לשכר ולרבות באמצעות

תאריך המקרה	מקום אירוע התאונה:	האם הובא לידיעת משטרה	מס' הנוסעים בעת התאונה (פרט לנהג)
____/____/____			
⌚ שעת המקרה _____		☐ לא ☐ כן ככל שהובא לידיעת המשטרה, אנא צרף אישור המשטרה, ככל שמצוי ברשותך.	
היום בשבוע א/ב/ג/ד/ה/ו/שבת		האם הנך עובד: (הקף בעיגול)	משרד הביטחון/עובד צה"ל/ בשירות המדינה

אפליקציות / מונית

תיאור נסיבות המקרה:

.....

.....

.....

.....

אני מבקש לקבל הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה (סמן ב X העדפה)

לשירותך, מחלקת תביעות רכב חובה וחבויות גוף.
פקס 03-6032693, מייל: Tviot.hova@shlomo-bit.co.il

קריית אריה, דרך שלמה שמלצר פינת מרטין גהל 10, פתח תקווה, 4951245 | ח.פ. 513879189 | shlomo-bit.co.il | *3739

ביטי-ודוי | 052-9993580 | נציגת השירות הדיגיטלית של שלמה ביטוח

☐ דוא"ל : _____ ☐ פקס : _____
☐ כתובת : _____

מהות הפגיעה/ות ואיברי הגוף שנפגעו? נא לצרף מסמכים רפואיים רלבנטיים, שכלל קיימים _____

האם נמסרה הודעה לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן

האם שהית בחופשת מחלה? ☐ לא ☐ כן, למשך _____ ימים

האם נעדרת מהעבודה בעקבות התאונה? ☐ לא ☐ כן, תקופת היעדרות _____

פרטי רכבים מעורבים/ נפגעים

האם מעורב בתאונה רכב מסוג משאית ו/או אוטובוס ו/או נגרר? ☐ לא ☐ כן, ככל שכן אנא פרט את פרטי הרכב המעורב

מספר רישוי	שם הבעלים	מס' ת. זהות	שם חברת ביטוח	טלפון נייד

נפגעים

שם הנפגע	ת.ז	כתובת	טלפון נייד	נהג ברכבו	נוסע ברכבו	הולך רגל או אופניים	ברכב אחר
				☐	☐	☐	☐
שם הנפגע	ת.ז	כתובת	טלפון נייד	נהג ברכבו	נוסע ברכבו	הולך רגל או אופניים	ברכב אחר
				☐	☐	☐	☐
שם הנפגע	ת.ז	כתובת	טלפון נייד	נהג ברכבו	נוסע ברכבו	הולך רגל או אופניים	ברכב אחר
				☐	☐	☐	☐

הריני מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים.
 תאריך: _____ חתימת הנהג: _____

לשירותך, מחלקת תביעות רכב חובה וחבויות גוף.

פקס 03-6032693, מייל: Tviot.hova@shlomo-bit.co.il