

תאריך: 29/10/2024

**– מבלי לפגוע בזכויות ובטענת ההתיישנות –**

לצרכי מו"מ בלבד

לכבוד

אריאל פרייברג, עו"ד

**בדוא"ל: [frei.ariel@gmail.com](mailto:frei.ariel@gmail.com)**

ח.נ.,

הנדון: תביעה מס': 241000004319

אירוע מיום: 27/07/2020

סוג ביטוח חובה מס' פוליסה: 110354146820

מס' רישוי: 69708601

תובעת/ת: דבש אוסטרר מיכל

1. מאשרת קבלת מכתבך.

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

א. כתב ויתור על סודיות רפואית הממוען לחברת "ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ" הכולל ויתור סודיות כלפי ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ בגוף הו"ס"ר והכולל ויתור סודיות לגבי תשלומים ששילם וישלם המוסד לביטוח לאומי. כתב הו"ס"ר צריך לשאת חתימה ברורה, תאריך חתימה וכן חתימת המאשר בתוספת מ.ר. ברורים.

ב. דו"ח שמאי ו/או קבלות על תיקונים ו/או **כל אסמכתא על נזק לרכב.**

ג. נא הודיענו האם המדובר בתאונה בעבודה ונא העבר מלוא מסמכי ענף נכות מעבודה ולרבות פירוט תשלומים ודוח"ות הוועדה הרפואית.

ד. מלוא התיעוד הרפואי בקשר עם התאונה.

ה. תעודת חדר מיון.

ו. אישור משטרה.

ז. דו"ח מד"א ככל שקיים.

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

לשירותך, מחלקת תביעות רכב חובה וחבויות גוף.

פקס 03-6032693, מייל: [Tviot.hova@shlomo-bit.co.il](mailto:Tviot.hova@shlomo-bit.co.il)

## 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 שנים ממועד האירוע והחל ביום 27/07/2020. 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 לחתום 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](mailto: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 מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם 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 |
| <p>קופ"ח בה הנני חבר: _____</p> <p>רופא משפחה _____</p> <p>סניף _____ מס' אישי בצה"ל _____</p> |                              |       |
| 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](mailto: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:<br>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)     |
| ____/____/____             |                    |                                                                                                                                      |                                       |
| ① שעת המקרה                |                    | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן<br>ככל שהובא לידיעת המשטרה, אנא<br>צרף אישור המשטרה, ככל שמצוי<br>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:

.....

.....

לשירותך, מחלקת תביעות רכב חובה וחבויות גוף.

פקס 03-6032693, מייל: [Tviot.hova@shlomo-bit.co.il](mailto: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](http://shlomo-bit.co.il) | \*3739

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

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

☐ 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                 |
|----------|-----|-------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|          |     |       |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| שם הנפגע | ת.ז | כתובת | טלפון נייד | נהג ברכבו                | נוסע ברכבו               | הולך רגל או אופניים      | ברכב אחר                 |
|          |     |       |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| שם הנפגע | ת.ז | כתובת | טלפון נייד | נהג ברכבו                | נוסע ברכבו               | הולך רגל או אופניים      | ברכב אחר                 |
|          |     |       |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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](mailto:Tviot.hova@shlomo-bit.co.il)