



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדואל
מבלי לפגוע בזכויות

נובמבר 15 2024
Office@freiberg-law.com

נשלח בשנית-

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
עו"ד עדן שפרין
מחלקת תביעות חיים
כלל חברה לביטוח בע"מ

א.ג.נ שלום רב,

הנדון: ויקטוריה גליבין ז"ל, ת.ז. 332731314
פוליסה שמספרה 3947465

1. הח"מ ייצג את הנפגעת שבנדון, המנוחה אשר נפטרה בתאריך 25/3/2024.
2. אם המנוחה, הגב אולגה אינדויטו, הינה יורשת חוקית בהתאם לצו הירושה שניתן ביום 1/9/2024.
3. מצ"ב צו ירושה יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י אם המנוחה, היורשת כאמור.
4. הובא לעיוני מכתבכם למשפחת המנוחה מתאריך 13.10.2024 לפיו החלטת לדחות את התביעה מן הטעם של היעדר כיסוי.
5. דא עקא, המנוחה מבוטחת בחברתכם במסגרת פוליסה קבוצתית- ארגון נכי תאונות עבודה.
6. טענתכם לפיה "לא נמצא שמה של המנוחה כמי שמבוטחת וששולמה בגינו פרמיה" אינה יכולה לעמוד שהרי המנוחה בוטחה על ידכם במסגרת הפוליסה האמורה נוכח היותה נפגעת עבודה ונכותה נקבעה בשיעור של 100% בגין קטיעת רגל מלאה ומצב נפשי, הפרמיה, ככלל הפרמיות בפוליסה שבנדון משולמות ע"י המוסד לביטוח לאומי.
7. המנוחה אשר מבוטחת מכח החוק והוראות הביטוח הלאומי מבוטחת על ידי חברתכם ושולמו פרמיות ביטוח ע"י המל"ל בהתאם לדין.
8. אשר על כן, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות, לרבות גורמים נוספים, הנכם נדרשים בזאת להורות על תשלום תגמולי ביטוח והעברתם לפקודת חשבון פקדונות הח"מ, לפקודת אריאל פרייברג, עו"ד.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין



תאריך הדוח: 31/12/2023

**דו"ח שנתי למבוטח בביטוח חיים/אבדן כושר עבודה (ולא מרכיב חיסכון)
בחברת כלל חברה לביטוח בע"מ לשנת 2023**

שם המבוטח: גליבין ויקטוריה מספר ת.ז.: 332731314 שם הפוליסה: ריסק קולקטיבי מספר הפוליסה: 3947465
סטטוס הפוליסה: פעילה

א. נתונים בסיסיים בפוליסה	
סוג פוליסה	פוליסה קבוצתית
בעל פוליסה	ארגון נכי תאונות עבודה ואלמנות נפגעי עבו
משלם (%)	ויקטוריה גליבין (100.00%)
תחילת תקופת הביטוח	01/12/2023
תום תקופת הביטוח	01/01/2027

ב. הכיסויים הביטוחיים שלך בפוליסה		
כיסוי ביטוחי	סך הפרמיה השנתית שננכתה בגין הכיסוי	סכום הביטוח שישולם לך או למוטבים בקרית מקרה הביטוח
כיסוי נוסף למוות מתאונה (מוות מתאונה)		40,000
סכום ביטוח יסודי למקרה מוות (ביטוח חיים)	45	100,000

בדוק את סכומי הביטוח שלך ובחן האם הם מתאימים לצרכיך ולמצבך המשפחתי



הכנס לדו"ח השנתי המפורט שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.clal.co.il

רוצה לדעת יותר?

ג. פרטי הסוכן/היועץ שלך	
שם סוכן/יועץ	טרבלסי משה
פרטי התקשרות	08-6277123

לכבוד: גליבין ויקטוריה

אישור מס עבור ביטוח חיים ואובדן כושר עבודה:

אישור מס על תשלום פרמיה לפוליסה בשנת 2023:

שם המבוטח: גליבין ויקטוריה

מספר פוליסה/ות: 3947465

מספר תיק ניכויים: 930035985

מספר תעודת זהות: 332731314

שם חברת הביטוח: כלל חברה לביטוח בע"מ

הרינו לאשר כי בשנת 2023 שילם המבוטח את הפרמיה הבאה:

סוג ההפקדה	סכום התשלום בש"ח לביטוח סיכונים
פרמיה לביטוח חיים	45
פרמיה לביטוח אובדן כושר עבודה	
סה"כ	45

בכבוד רב,
חטיבת חסכון ארוך טווח,
כלל חברה לביטוח בע"מ

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, אולגה אינדויטו
ת.ז. מס' _____ 332731298, מרחוב _____, שד' בנימין 39, נתניה, _____,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 23 _____ לחודש 09 _____ שנה 2024 _____

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.י. 6254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>אינדוויטו</u> שם משפחה	<u>אולגה</u> שם פרטי	<u>332731298</u> תעודת זהות	<u>שם האב</u>
<u>שד' בנימין</u> רחוב	<u>39</u> מס'	<u>נתניה</u> עיר	<u>מיקוד</u>
		<u>טלפון</u>	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי 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 אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, 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 קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 23/9/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____

אריאל פרידלנד, עו"ד
מ.ר. 62254



מדינת ישראל

תיק מס' 382422

בפני הרשם לענייני ירושה
בתל אביב

צו ירושה

בעניין עיזבון המנוחה ויקטוריה גליבין ז"ל, מס' ת"ז 332731314, שנפטרה ביום 25/03/2024 ומענה היה נתניה.

אני מצהירה כי :

שמות יורשיה על פי דין של המנוחה וחלקו היחסי של כל אחד מהם בעיזבון הם :

<u>שם היורש</u>	<u>מס' ת"ז</u>	<u>הקרבה</u>	<u>החלק</u>
אולגה אינדויטו	332731298	אם	1\2
דמיטרי גליבין	ת"ז מולדובית 0973005037998	אב	1\2

צו זה ניתן היום : כ"ח אב תשפ"ד
(01/09/2024).

גלי נווה
רשם/ת לענייני ירושה

הצו נחתם ע"י גלי נווה רשם/ת לענייני ירושה

