

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date &Time	24-11-2024 10:11:47	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



תאריך : 24/11/2024
מספרנו : 2024000006826
מספרך :

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

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

א.ג.ב.,

הנדון :	תאונת דרכים מיום	4/12/2023 :
תיק אזרחי		563321024 :
בית משפט		בימ"ש שלום - כפר סבא :
שם נפגעת/ת		יעקוב מרון :
רכב מס'		3789938 :
שם הפוליסה		פרטי בעלות פרטית :
מספר פוליסה		502302754123 :
שם המבוטח		יעקוב מרון :
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 ההודעה על תאונה הרצ"ב.
2. אישור המל"ל על הכרתם בתביעה ואישור על דמי הפגיעה ששולמו לנפגע.
3. אישור משטרה.
בנוסף למבוקש לעיל, נא פירוט מלא של נסיבות הארוע, שמות עדים וכיצד פונה ממקום הארוע וע"י מי.
עם קבלת המבוקש וסיום בדיקותינו, נודיעך עמדתנו.
בכל שלב עם הודעתך יוגש כתב הגנה.

מכתבנו זה אינו מהווה הכרה בחבות כלשהי.

ניתן ליצור קשר טלפוני עם המטפל בתביעתך בטלפון או בוואטסאפ שמספרו 03-9424300 בימים א, ב, ד, ה בין השעות 8:30 עד 12:30.
כמו כן ניתן להשיב למכתבנו בפקס 03-9424354 או באימייל שכתובתו claim@pool.org.il.
נא לציין את מספר התביעה בכל פניה לחברתנו.

בכבוד רב,

גלית גבזון, עו"ד
מחלקת תביעות



דיווח ראשוני על תאונת דרכים

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטי באמצעות פקס או דואר המופיע בראש הטופס.

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' תז	מס' טלפון	נייד

סוג רכב: ☐ אופנוע ☐ רכב ☐ אחר _____

פרטי הנהג (בזמן האירוע) *חובה לצרף צילום ת.ז, צילום רישיון נהיגה משני צדדיו של הנהג בזמן האירוע ותעודת חובה

שם ושם משפחה של הנהג	כתובת	מה הקשר לבעל הרכב	מס' טלפון	נייד
תאריך לידה של הנהג	מס' זהות	מס' רישיון	תאריך הוצאת רישיון	מקום עבודה וכתובתה

☐ הרכב בבעלותי ☐ הרכב בבעלות מעבידי ☐ השכרה ☐ בבעלות אחר

פרטי הנפגעים:

שם פרטי ומשפחה	ת.ז	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במסד רפואי
שם פרטי ומשפחה	ת.ז	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במסד רפואי

סוג נפגע: ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל

פרטי התאונה:

תאריך	שעה	מקום האירוע	האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי?	האם הוכרה ע"י ביטוח לאומי כתאונת עבודה
			כן / לא	כן / לא

****תיאור התאונה, לרבות האם היה מגע פיזי בין הרכבים:

תיאור הנזק לרכב או לאופנוע: _____

האם דיווח למשטרה: כן / לא

☐ התאונה בעבודה ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך מהעבודה ☐ במסגרת פרטית

פרטי צד ג' (הרכב המעורב)

שם מלא של הנהג המעורב	מס' רישוי	כתובת	חברת ביטוח	פוליסה מס'	טלפון

אני הח"מ _____ מצהיר בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ חתימת הנהג _____