

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

4.8.19

מ.ל.ב

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדואר ובפקס

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אבא הלל 12, ת.ד. 10957
רמת גן 52008
בפקס: 03-7569586

ח.נ., שלום רב,

הנדון: מתן פרנץ, ת.ז. 200466266
מס' תביעה: 1005601800817

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 25.7.19 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. מצ"ב יפוי כח כמבוקש.
2. אציין כי מרשי לא נבדק ע"י מומחה בית משפט וכי מלוא התייעוד הרפואי מצוי בידכם.
3. אודה לעיונכם וקבלת עמדתכם על בסיס החומר המצוי ברשותכם.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מר חוב 2004/6/66 חברת 16 כרמל,
ת.ז. מס' 255.14 להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או 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 בהעדר.
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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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 10 לחודש 2 שנה 2019

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייבוי
מס' רשיון 62254
עו"ד יודי

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 04/08/2019 18:28
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	04/08 18:26
FAX NO./NAME	7569586
DURATION	00:01:02
PAGE(S)	03
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
 RAMAT GAN, 5252204
 Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
 רמת גן 5252204
 טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

4.8.19

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
 בדואר ובפקס

לכבוד
 איילון חברה לביטוח בע"מ
 מרחוב אבא הלל 12, ת.ד. 10957
 רמת גן 52008
 בפקס: 03-7569586

ח.נ., שלום רב,

הנדון: מתן פרנץ, ת.ז. 200466266
 מס' תביעה: 1005601800817

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 25.7.19 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. מצ"ב יפוי כח כמבוקש.
2. אציין כי מרשי לא נבדק ע"י מומחה בית משפט וכי מלוא התיעוד הרפואי מצוי בידכם.
3. אודה לעיונכם וקבלת עמדתכם על בסיס החומר המצוי ברשותכם.

תאריך: כ"ב תמוז תשע"ט 25/07/2019



3752522040000131398321907

118

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל 7 רמת גן 5252204

561-031-002

א.ג.ל.

מבלי לפגוע בזכויות ובטענות התיישנות

הנדון: אישור קבלת/השלמת מסמכים

תביעה מס': 1005601800817 אירוע מיום 25/05/2018

פוליסה: תאונות אישיות 15615002118

שם התובע: מתן פרנץ ת.ז. 200466266

1. בהמשך למכתבנו מיום 12/08/2018 אנו מאשרים את קבלת המסמכים, מתוך המסמכים שנדרשו על ידנו בתביעה הנדונה כדלהלן:

שם המסמך	תאריך דרישה	תאריך קבלה	הערות
חו"ד מומחה רפואי	25/07/2019	טרם נתקבל	נא להמציא חו"ד מומחה בית משפט בעניין פל"ד
טופס הודעה על תאונה	09/07/2018	09/07/2018	
כתב ויתור על סודיות רפואית	09/07/2018	09/07/2018	
מסמכים רפואיים	25/07/2019	טרם נתקבל	שנה לאחר האירוע
יפוי כח / כתב מינוי מטעם המבוטח	25/07/2019	טרם נתקבל	נא להמציא יפוי כח כולל חותמת עו"ד. יש חתימה בלבד.

מסמכים אלו ותאריך קבלתם, מסומנים לנזירותך בשנית בטבלה המופיעה לעיל. לתשומת ליבך, מכתב זה נשלח אליך באופן אוטומטי עם קבלת התביעה בחברתנו, וכי במידה ואחד המסמכים המבוקשים לעיל אינו רלוונטי לתביעתך או הועבר כבר לרשותנו - אנא התעלם מדרישה זו.

2. תשומת ליבך, כי טרם התקבלו בחברתנו המסמכים הבאים, אשר נדרשו במכתבנו מיום 12/08/2018. על מנת לקדם את הליך בירור התביעה, נבקשך לשלוח את המסמכים אשר לא מופיע לצידם תאריך קבלה.

3. יש לציין על גבי כל אחד מהמסמכים את מספר התביעה כפי שמופיע בראש מכתבנו ולהעביר אלינו בהקדם לכתובתנו: איילון חב' לביטוח, רח' אבא הלל 12, רמת גן 52008, ת.ד. 10957.

4. אין בקבלת מסמכים אלה משום הודעה והתחייבות חברתנו להכיר בכיסוי הביטוחי או בתשלום תגמולי הביטוח.

5. לתשומת ליבך, בהתייחס לתביעות אשר הוגשו לפי פוליסה לביטוח "תאונות אישיות לעמיתי חבר משרתי הקבע והגמלאים בע"מ", במידה ורכשת את הרובד ה"בסיסי" בלבד בפוליסה הנדונה, אנא התעלם מהדרישה להעביר לחברתנו אישורי מחלה ואישור היעדרות.

¹ יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.



6. תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר שלוש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981. הייתה עילת התביעה נכרת שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958 קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין. מהמידע המצוי בידינו יום קרות האירוע / היום בו קמה לך זכות לתבוע תגמולי ביטוח הינו 25/05/2018. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברה כדי לעצור את מירוח ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מירוח ההתיישנות. מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו או במועד קיומו.

7. תשובתנו תימסר לך תוך 30 יום מהיום שיהיו בידנו כל המידע, המסמכים, הפרטים והראיות שנדרשים לבירור חבותנו.

8. נשמח לעמוד לרשותך בכל בירור נוסף שיידרש.

העתק: ת.א. חבר

בכבוד רב,

אגף בריאות – צוות תאונות אישיות

טל: 01-20-35-800-1 פקס: 03-7569578

מייל: mokedbriut@ayalon-ins.co.il

איילון חברה לביטוח בע"מ

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

4.7.19

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדואר ובפקס

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אבא הלל 12, ת.ד. 10957
רמת גן 52008
ובפקס: 03-7569586

ח.נ., שלום רב,

הנדון: מתן פרנץ, ת.ז. 200466266
תאונה מיום 25.5.18

נתבקשתי ע"י מרשי, הנפגע שבנדון, לפנות אל כ"ב ולפרט כדלקמן:
1. ביום 25.5.18, בשעה 11:00 או בסמוך לכך, ברחוב אלנבי, בסמוך לבית מספר 136, בתל אביב, היה הרכב מעורב בתאונה ומרשי אשר נהג בו נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה ורישיון רכב, מסומן "1"

2. מרשי אשר נחבל בראשו וסבל מסחרחורות, כאבי ראש, כאבים והגבלה בתנועות שורש כף ידו הימנית וברגלו פונה באמצעות ניידת מד"א לבית החולים איכילוב, בתל אביב, לצורך קבלת טיפול רפואי. שם אובחנו כאבים ונפיחות בשורש כף היד אשר הודגם כשבר בעצם הרדיוס הדיסטלי. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני, שוחרר מרשי לביתו כשידו נתונה בסד גבס והוא מנוע מהפעלתה, בהמלצה להמשך מעקב אורתופדי פיזיותרפיה נטילת כדורים משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "2 - 7"

3. מרשי המשיך במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים, ביצע טיפולי פיזיותרפיה אשר לא השיגו את מטרותיהם במלואם, ניתנו לו חופשות מחלה והוא הופנה להמשך מעקב רפואי במסגרת הקהילה.

4. לפני משורת הדין, ועל מנת לייתר את הצורך בהוצאות, לרבות חוות דעת רפואית, אוכל להסכים על נכות מוערכת בשיעור 5%.

5. על פי תנאי הפוליסה זכאי מרשי, בין היתר, לפיצוי בגין אשפוז כתוצאה מתאונה, שברים, פיצוי בגין אובדן כושר ובגין נכות מתאונה.

6. אודה לעיונכם, טיפולכם המסור והעברת תגמולי הביטוח להם זכאי מרשי לפקודת אריאל פרייברג, עו"ד.

רצ"ב יפוי כח חתום בידי מרשי.

בכבוד רב ובכ"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם האב</u>	<u>תעודת זהות</u> 200466266	<u>שם פרטי</u> נח	<u>שם משפחה</u> כרמל	
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u> כרמל	<u>מס'</u> 16	<u>רחוב</u> חירת

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: _____

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

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

תאריך: **10.2.17** עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) **עו"ד אריאל פרייברג**

מס' רשיון: 62254

יפוי כח _____
הריני מייפה את כוחו של _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך
שם פרטי ושם משפחה
חתימה

תאריך ושעת ההדפסה: 17:56 25/05/2018

חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sorasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

שחרור רפואי

שם יחידה : מיון כירורגי	מנהל מחלקה : פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחראית : ד"ר נאווה גרוס
טלפון : 03-6973232	פקס : 03-6973652	דוא"ל :

שם משפחה : פרנץ	שם פרטי : מתן צבי	ת.ז. : 200466266
תאריך לידה : 16/07/1988	גיל : 29	טלפון : 054-9577216
מין : זכר	גורם מממן : מכבי	כתובת : חרצית 16 כרמיאל 2184416

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 25/05/2018 15:41 מספר מקרה: 11675642

סיום טיפול במלר"ד : שחרור

תלונה עיקרית

תאונת אופנוע.

אבחנות במיון

- ACCIDENT – MOTOR VEHICLE (E819.9)
- M/P FRACTURE OF CARPAL BONE(S) (814.00)

מחלה נוכחית

בן 29, בריא בד"כ, ללא מחלות רקע או תרופות קבועות.

היום בצהריים התנגש באוטובוס כרוכב אופנוע במהירות נמוכה כאשר החל לנסוע. פגע עם הראש באוטובוס, ללא אובדן הכרה וללא שבר בקסדה או אובדן שלה. בנוסף נחבל בשורש כף יד ימין ובברך ימין. מתלונן על סחרחורת קלה, שולל טשטוש ראייה, בחילות, הקאות, קוצר נשימה או כאבי בטן.

בבדיקתו בהכרה מלאה, מתמצא X3, עירני ונינוח, ראש ללא חבלות, בדיקה נוירולוגית תקינה, קולות לב סדירים, כניסת אוויר שווה דו"צ, בטן רכה ללא רגישות, כאב במגע בשורש כף יד ימין ומגבלה בתנועה, שפשוף על ברך שמאל.

תכנית:

-צילום שורש כף יד ימין

-בדיקת אורתופד

-שחרור בתום האמור

לא ידועה רגישות לתרופות

נתונים קליניים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה ממכשיר
15:47 25/05/2018	98 / 48		
15:44 25/05/2018		92	99

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה ממכשיר
15:47 25/05/2018	98 / 48		
15:44 25/05/2018		92	99

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה ממכשיר
15:47 25/05/2018	98 / 48		
15:44 25/05/2018		92	99

4

סודי רפואי

שם: מתן צבי פרנץ	ת"ז: 200466266	מקרה:	מחלקה: מיון כירורגי
------------------	----------------	-------	---------------------

בדיקות דם

תאריך ושעה	כימיה	ספירת דם
16:00 25/05/2018	בוצע	
15:56 25/05/2018		בוצע

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	תפקודי קרישה
16:00 25/05/2018	בוצע

סיכום

בן 29, בריא בדרכי

מעורב היום בתאונת אופנוע כנגד אוטובוס
מתלונן על כאבים בשורש כף יד עם נפיחות

בבדיקתו: נפיחות קלה בשורש כף יד, רגישות ב AXIAL LOAD ULNAR DEVIATION ועל פני SNUFF BOX
בצילום: ספק קו שבר רדיוס דיסטלי (יכול גם להתאים לקו שאריתי של לוחית גילה)

במיון הושם בסד THUMB SPICA

הוצג לד"ר טודור

משוחרר בהמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: יד בגבס - לא להרטיב

- נגד כאבים על פי הצורך
- יד מורמת, הפעלת מרפק ואצבעות
- ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד 10 ימים לצורך צילום ביקורת ובדיקה חוזרת
- בכל מקרה של החמרה בתלונות יש לשוב לבדיקת רופא
- חופשת מחלה 7 ימים.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא המטפל והוצא VL

תוצאות מעבדה

25/05/1817:09 מדבקה: 43253037

כימיה בדם

תוצאה גרפית	יחידות	ערכי ייחוס	תוצאה	בדיקה
X [- - - - -]	mg/dL	70-110	70	Glucose - blood
[- - - - X - - - -]	mg/dL	5-25	14	Urea nitrogen (BUN) - blood
[- - - - X - - - -]	mmol/L	135.0-146.0	141.0	Sodium - blood
[- - X - - - -]	mmol/L	3.50-5.30	4.07	Potassium - blood
[- - - - - X - - -]	mmol/L	95-110	106	Chloride - blood
[X - - - - -]	mg/dL	0.70-1.30	0.78	Creatinine
[X - - - - -]	mg/L	0.00-5.00	0.62	CRP (WIDE RANGE)

25/05/1816:54 מדבקה: 33758269

תפקודי קרישה

תוצאה גרפית	יחידות	ערכי ייחוס	תוצאה	בדיקה
[- - - - X - - - -]	Sec	10.03-12.43	11.50	PT, Sec - blood
[- - X - - - -]		0.97-1.19	1.04	PT, INR
[- - X - - - -]	Sec	25.00-34.00	27.30	PTT

25/05/1816:21 מדבקה: 32891202

5

סודי רפואי

שם: מתן צבי פרנץ	ת"ז: 200466266	מקרה :	מחלקה: מיון כירורגי
------------------	----------------	--------	---------------------

פירט דם

בדיקה	תוצאה	ערכי ייחוס	יחידות	תוצאה גרפית
RBC	4.6	4.3-5.8	10e6/ μ L	[- X - - - - -]
Hemoglobin	14.2	13.2-17.0	g/dL	[- - X - - - -]
HCT	41	39-49	%	[- X - - - - -]
MCV	88.1	80.0-96.0	fL	[- - - - X - - - -]
MCH	30.8	26.0-34.0	pg	[- - - - - X - - -]
MCHC	34.9	31.0-37.0	g/dL	[- - - - - X - - -]
RDW	12.9	0.0-15.0	%	[- - - - - - - X -]
NRBC/100 WBC	0.0	-	%	
WBC	<u>11.2</u>	4.0-11.0	10e3/ μ L	[- - - - - - - - -] X
Neutrophils %	74.6	40.0-75.0	%	[- - - - - - - - X]
Neutrophils No.	<u>8.3</u>	1.4-6.0	10e3/ μ L	[- - - - - - - - -] X
Lymphocytes %	<u>19.3</u>	20.0-40.0	%	X [- - - - - - - - -]
Lymphocytes No.	2.1	1.2-3.0	10e3/ μ L	[- - - - - X - - - -]
Mono%	3.5	2.0-13.0	%	[X - - - - - - - - -]
Monocytes No.	0.4	0.0-1.3	10e3/ μ L	[- - X - - - - - -]
Eosinophils %	2.1	0.0-6.0	%	[- - - X - - - - -]
Eosinophils No.	0.2	0.0-0.4	10e3/ μ L	[- - - - X - - - -]
Basophils No.	0.1	0.0-0.2	10e3/ μ L	[- - - - X - - - -]
Basophils%	0.5	0.0-1.9	%	[- - X - - - - - -]
Platelet, automated count	180	150-450	10e3/ μ L	[X - - - - - - - -]
Mean platelet volume	8.6	7.0-12.0	fL	[- - X - - - - - -]

חתימת אחות משחררת

שם החותם מנצור שני מ.ר. 220268	תפקיד אח/ות משחררת	זמן חתימה 25/05/2018 17:56
-----------------------------------	-----------------------	-------------------------------

רופאה משחררת

שם החותם דר' שיכמן איתי מ.ר. 139990	תפקיד רופא/ה משחרר	זמן חתימה 25/05/2018 17:55
--	-----------------------	-------------------------------

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.



שחרור רפואי

שם יחידה: מיון אורתופדי	מנהל מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחראית: ד"ר נאוה גרוס
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: מתן צבי	ת.ז.: 200466266
תאריך לידה: 16/07/1988	גיל: 29	טלפון: 054-9577216
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: חרצית 16 כרמיאל 2184416

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 29/05/2018 13:56 מספר מקרה: 11678291

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

אבחנות במיון

• BACK (922.31)

מחלה נוכחית

בן 29, בריא בד"כ
ביום שישי תאונת אופנוע.
אז פנה למיון- התלונן כאבים בשורש כף יד עם נפיחות
בבדיקתו: נפיחות קלה בשורש כף יד, רגישות ב AXIAL LOAD ULNAR DEVIATION ועל פני SNUFF BOX
בצילום: ספק קו שבר רדיוס דיסטלי (יכול גם להתאים לקו שאריתי של לוחית גילה)
THUMB SPICA בסד הושם

היום פנה בשל כאבי גב תחתון שהתחילו יומיים טרם קבלתו והחמירו עד היום.
ללא בריחת שתן או צואה. ללא חום בימים האחרונים.
ידוע על פריצת דיסר באיזור L3 לדבריו.

בבדיקתו-

מתהלך בחופשיות. עקב בצד אגודל, עקבים קצות אצבעות.
מבצע סקוואט על רגל אחת דו"צ.
ללא רגישות מידליין. רגישות פרה-וורטברלית דיפוזית עמ"ש מותני משמאל.
שמור מוטורית וסנסורית L2-S1.
פרקי ירכיים חופשיים.
SLR חיובי משמאל.
רפלקסים פטרליים ואכילס שווים תקינים דו"צ.
ללא בבינסקי או קלונס.

בצילום ללא ממצא חריף
משתחרר עם המלצות הבאות:

*

לא ידועה רגישות לתרופות

סיכום

המלצות כלליות

המלצה: בכל מקרה של החמרה בכאבים, הופעה של חולשה או ירידה תחושתית בגפיים, אבדן שליטה על סוגרים יש לפנות בדחיפות לרופא.

7

סודי רפואי

שם: מתן צבי פרנץ	ת"ז: 200466266	מקרה:	מחלקה: מיון אורתופדי
------------------	----------------	-------	----------------------

פיזיותרפיה במסגרת קופ"ח.
שיכוך כאבים לפי הצורך.
ביקורת אורתופד בקופת חולים עוד 14 יום.
קירור מקומי
מנוחה שבוע

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				7 ימים	ביום X 2	1 tab	P.O	ZALDIAR FC TAB 37.5 mg/325mg (TRAMADOL HCL, PARACETAMOL)

הדרכה סיעודית בשחרור
המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
צ'רדניצנקו ולדימיר	אח/ת משחררת	29/05/2018 17:38

רופא/ה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר איזנברג גלעד מ.ר. 1117611	רופא/ה משחרר	29/05/2018 17:32

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם
בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

מ.ר גורם מפנה



145033

העתק טופס
14/04/2019

שם: נקר מרווה

תחום שירות: פיזיותרפיסטית

כתובת: השרון 7, הרצליה

טלפון: 09-9594111

פקס: 073-2284131

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

טלפון: 049985044

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:

מיקוד 2184416

חרצית 16, כרמיאל

כתובת:



0200466266

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקדה: 02/04/2019

לכבוד דר' ד"ר כהן אילן

200466266

ת"ז:

מר/ת פרנץ מתן

התקבל בתאריך: 23/01/2019 לפיזיותרפיה באמצעות הפניה עצמית.

לידיעתך, המטופל/ת פרנץ מתן

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	23/01/2019	HAND PAIN

מטרות תפקודיות לטווח ארוך: מתן יחזיק את הרצועה בזמן טיול עם הכלב ביד ימין

טופל החל מ- 23/01/2019

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	65	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	4	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY PARAFFIN BATH

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

סה"כ 2 ביקורים

גורם משחרר: לא הופיע להמשך הטיפול

יכולת חזרה לפעילות:

לא
ידוע/
לא
רלוונטי

השגת מטרות הטיפול:

לא ידוע/לא רלוונטי

מידת שיתוף הפעולה:

התמדה בהגעה לטיפולים-בינונית
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטי

הערות:

לא הגיע להערכה חוזרת,

מר גורם מפנה

9



145033

העתק טופס
14/04/2019

שם: נקר מרוזה

תחום שירות: פיזיותרפיסטית

כתובת: השרון 7, הרצליה

טלפון: 09-9594111

פקס: 073-2284131

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

טלפון: 049985044

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:



מיקוד 2184416

חרצית 16, כרמיאל

כתובת:

0200466266

עקב כך סדרת הטיפולים נסגרת

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם פיזיותרפיסט: נקר מרוזה

שם המכון: הרצליה השרון מכון פיזיותרפיה

☒ הפק ללא הדפסה

חתימה

מ.ר גורם מפנה



038189

10

שם: ד"ר הנסון נטלי

תחום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: ברודצקי 43, תל אביב - יפו

טלפון: 03-6836449

פקס: 03-7734019

פרטי הנבדק

שם משפחה: פרנץ	שם פרטי: מתן	ת.ז.: 200466266
ת.לידה: 16/07/1988	מין: ז	טלפון: 049985044
כתובת: חרצית 16, כרמיאל	טל.עבודה/נייד: 0549577216	מיקוד: 2184416



0200466266

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 06/06/2018 עד יום: 19/06/2018 סה"כ: 14 ימים.

06/06/2018

תאריך

חתימה וחתימת הרופא

נעשה מאוחר יותר
ביום 06/06/2018
בשם הרופא
ד"ר הנסון נטלי

13/06/2018

תאריך הדפסה:

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

שם: משרד יועצים - ירדנה

תחום שירות: מזכירות

כתובת: סניף בלפור, בלפור 10, ת"א

טלפון: 5630363

פקס: 073-2132371

פרטי הנבדק



055555

11

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

טלפון: 049985044

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:

מיקוד 2184416

חרצית 16, כרמיאל

כתובת:



0200466266

אישור ביקור

בתאריך: 13/06/2018 משעה: 15:30 עד שעה: 17:00

ביקרה ב: פיזיותרפיה

לצורך: פיזיותרפיה

13/06/2018

תאריך

מכון פיזיותרפיה

בלפור 10, ת"א

טל: 03-5630333 פקס: 073-2254954

חתימה

מ.ר. גורם מפנה



136836

העתק טופס

14/04/2019

12

שם: צאיג רועי

תחום שירות: פיזיותרפיסט/ית

כתובת: בלפור 10, תל אביב - יפו

טלפון: 03-5630333

פקס: 073-2284954

פרטי הנבדק

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

טלפון: 049985044

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:

מיקוד 2184416

חרצית 16, כרמיאל

כתובת:



0200466266

☒ הפק ללא הדפסה

חתימה



136836

העתק טופס
14/04/2019

שב: צאיג רועי

תחום שירות: פיזיותרפיסט/ית

כתובת: בלפור 10, תל אביב - יפו

טלפון: 03-5630333

פקס: 073-2284954

פרטי הנבדק

ת.ז.: 200466266

שם פרטי: מתן

שם משפחה: פרנץ

טל.עבודה/נייד: 0549577216

טלפון: 049985044

מין: ז

16/07/1988

ת.לידה:

מיקוד 2184416

חרצית 16, כרמיאל

כתובת:



0200466266

סיכום טיפול פיזיותרפיה

29/07/2018 תאריך הפקדה:

לכבוד דר' ד"ר קוסונובסקי ארינה

200466266

ת"ז:

מר/ת פרנץ מתן

13/06/2018 התקבל בתאריך: לפיזיותרפיה באמצעות הפניה עצמית.

לידיעתך, המטופל/ת פרנץ מתן

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מנבילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
כן	13/06/2018	HAND PAIN

מטרות תפקודיות לטווח ארוך: המטופל יסע על האופנוע ללא כאבים
המטופל ילך לטיול עם הכלב ובשימוש ביד ימין ללא כאבים

טופל החל מ- 13/06/2018

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבלה	ציון בביקור אחרון
מדידה תפקודית (בטווח של 0-100)	48	
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	5	
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	גבוה	

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Manual Therapy-

Manual Therapy

סה"כ 2 ביקורים

גורם משחרר: לא הופיע להמשך הטיפול

יכולת חזרה לפעילות:

לא
ידוע/לא
רלוונטי

השגת מטרות הטיפול: לא ידוע/לא רלוונטי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים לא ידוע/לא רלוונטי
התמדה בתרגול עצמי לא ידוע/לא רלוונטי

הערות: לא הגיע ולא הודיעה פעמיים ברצף, סדרה נסגרת

נשמח להמשך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

בכבוד רב,

שם המכון: בלפור תל אביב מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: צאיג רועי

תודפס בתאריך: 31/07/2018 09:43
הודפס ע"י: רות ביגלאל

זף 1 מ 1

גליון ביקור
פרוץ מתן: ת.ז.: 200466266; גיל: 30; רישום מתאריך: 13/06/2018 16:02:12

פרטי סדרה

מס' סדרה: 3 מס' ביקור: 2
שם פזיותרפיסט: צאיג רועי
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדיה
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
הפניה עצמית
גורם מפנה: הפניה עצמית
אבחנת פזיותרפיסט:

אבחנת פזיותרפיסט

אבחנה מובילה

תאריך

13/06/2018

כן

-AKC PAIN

מס' טיפולים שבוצעו: 7

מס' ביקורים שבוצעו: 2

פרטי ביקור

מס' ביקור: 1
שם פזיותרפיסט: צאיג רועי
סוג הביקור: 81 ביקור רגיל
תאריך ביצוע: 13/06/2018
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
מטרות לטווח ארוך: המטופל יסע על האופנוע ללא כאבים
המטופל ילך לטיול עם הכלב ובשימוש ביד ימין ללא כאבים
מטרות לטווח קצר: המטופל יחתוך סלט ללא כאבים
ציון תפקודי FHS: 48
רענת כאב (בטווח של 0 עד 10): 5
פחד מחדרה לפעילות גופנית - Physical Fear Avoidance (בטווח של 0 עד 100): 50
טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	יד ימין	10	לאחר חבלה בשכ"י ימין	1	
EVALUATION TREATMENT TREATY	יד ימין	10		1	
THERAPEUTIC EXERCISE	יד ימין	10	תרגילים לכף יד.	1	
MODALITY ELECTRO FOR PAIN	יד ימין	10	TENS.	1	
ביקור רגיל				1	

! 2417103

הודפס בתאריך: 27/06/2018 09:44
הודפס ע"י: רנן. ק.

דף 1 מ 1

גליון ביקור
פרנץ מתן; ת.ז: 200466266; גיל: 30; רישום מתאריך: 27/06/2018 16:44:32

פרטי סדרה

מס' סדרה: 3
שם פידיוטרפיסט: צאיג רועי
סיבת הפניה: כללית/ אורטופדית
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
הפניה עצמית
גורם מפנה: הפניה עצמית
מס' ביקור: 2
תחילת הטיפול: 13/06/2018
תאריך עדכון: 27/06/2018
שם מכון: בלפור תל אביב מכון פידיוטרפיה
מצב הסדרה: סגור
אבחנת פידיוטרפיסט:
אבחנה מובילה
תאריך
13/06/2018
אבחנת פידיוטרפיסט
-ANE PAIN
מס' ביקורים שבוצעו: 2
מס' טיפולים שבוצעו: 7

פרטי ביקור

מס' ביקור: 2
שם פידיוטרפיסט: צאיג רועי
סוג הביקור: 81 ביקור רגיל
תאריך ביצוע: 27/06/2018
גורם משלם: 1 ביקור רגיל
מטרות לטווח ארוך: המטופל יסע על האופנוע ללא כאבים
המטופל ילך לטיול עם הכלב ובשימוש ביד ימין ללא כאבים
מטרות לטווח קצר: המטופל יחתוך סלט ללא כאבים
טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	יד ימין	10	לאחר חבלה בשכ"י ימין	!	
EVALUATION TREATMENT TREATY	יד ימין	10		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	יד ימין	10	תרגילים לכף יד.	!	
MODALITY ELECTRO FOR PAIN	יד ימין	10	TENS	!	
ביקור רגיל				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	יד ימין	10	תרגילים לכף יד.	!	
MODALITY ELECTRO FOR PAIN	יד ימין	10	TENS	!	
Manual Therapy	יד ימין	10	עיסוי שרירי כף יד ועבודה על טווחי תנועה.	!	
ביקור רגיל				!	

הערות: חשד לשבר סקפואיז, הוסבר לפנות לרופא מומחה כף יד.

2417103

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 04/07/2019 19:29
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	04/07 19:22
FAX NO./NAME	7569586
DURATION	00:06:21
PAGE(S)	17
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
 RAMAT GAN, 5252204
 Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
 רמת גן 5252204
 טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

4.7.19

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
 בדואר ובפקס

לכבוד
 איילון חברה לביטוח בע"מ
 מרחוב אבא הלל 12, ת.ד. 10957
 רמת גן 52008
 ובפקס: 03-7569586

ח.ג., שלום רב,

הנדון: מתן פרנץ, ת.ז. 200466266
 תאונה מיום 25.5.18

נתבקשתי ע"י מרשי, הנפגע שבנדון, לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:
 1. ביום 25.5.18, בשעה 11:00 או בסמוך לכך, ברחוב אלנבי, בסמוך לבית מספר 136, בתל אביב, היה הרכב מעורב בתאונה ומרשי אשר נהג בו נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה ורישיון רכב, מסומן "1"

2. מרשי אשר נחבל בראשו וסבל מסחרחורות, כאבי ראש, כאבים והגבלה בתנועות שורש כף ידו הימנית וברגלו פונה באמצעות ניידת מד"א לבית החולים איכילוב, בתל אביב, לצורך קבלת טיפול רפואי. שם אובחנו כאבים ונפיחות בשורש כף היד אשר הודגם כשבר בעצם הרדיוס הדיסטלי. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני, שוחרר מרשי לביתו כשידו נתונה בסד גבס והוא מנוע מהפעלתה, בהמלצה להמשך מעקב אורתופדי פיזיותרפיה נטילת כדורים משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "2 - 7"

פוליסה לביטוח
תאונות אישיות לעמיתי חבר
משרתי הקבע והגמלאים בע"מ

מהדורת מאי 2016

פוליסה לביטוח תאונות אישיות קבוצתית 2016

עמיתי חבר משרתי הקבע והגמלאים בע"מ ובני משפחותיהם

פרק א' - הגדרות

בפוליסה זו יהיו למונחים הבאים ההגדרות שבצידם:

1. **המבטח:** איילון חברה לביטוח בע"מ.
2. **בעל הפוליסה:** "חבר" משרתי הקבע והגמלאים בע"מ
3. **משרת קבע / איש קבע:** אדם המשרת בצה"ל לפי התחייבות לשירות קבע לרבות אדם בשירות מילואים בתנאי קבע, ובשירות חובה בתנאי קבע.
4. **הסכם הביטוח:** הסכם שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת פוליסה לביטוח תאונות אישיות על פי התנאים דלהלן למבוטחים כהגדרתם להלן:
5. **חבר:** חבר אצל בעל הפוליסה.
6. **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם העובד או חבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
7. **ילדים:** ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק מגיל 3 עד גיל 30.
8. **אלמן/ה:** אלמן/ה של חבר.
9. **המבוטח:** חבר, בן או בת זוגו של חבר וכן אלמן/ה של חבר, וילדיהם שגילם במועד ההצטרפות לביטוח נמוך מ-30 שנים, אשר הוגשה בקשה בכתב לכללם בביטוח זה, ושמן מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש על ידי בעל הפוליסה, **הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות כאמור בפרק התנאים הכלליים.**
10. **יועץ הביטוח:** ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
11. **דמי הביטוח:** הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או על המבוטח לשלם למבטח בגין פוליסה זו, על פי תנאי הפוליסה כמפורט בהסכם הביטוח.
12. **סכום ביטוח:** הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
13. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה בשימוש המבטח, שאושר ע"י המפקח על הביטוח.
14. **מדד בסיס:** מדד חודש מאי אשר פורסם ב-15 למאי 2016.
15. **מדד ידוע:** המדד האחרון הידוע ביום תשלום כלשהו, עפ"י פוליסה זו.
16. **הצמדה למדד:** התאמת הסכומים (לרבות דמי הביטוח, השתתפות עצמית, תקרת חבות, תגמולי ביטוח) ביחס שבין המדד הידוע לבין מדד הבסיס. התאמת הסכומים תיעשה בכל חודש ביום הראשון של החודש בו אושרה התביעה.

17. **שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים רצופים. תקופה ראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, והיא מתחדשת כל 12 חודשים.
18. **יממה:** יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות.
19. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה או חלק ממנה ברציפות.
20. **מקרה הביטוח:** היזק שנגרם למבוטח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח או מערכת עובדות המצויינות בפוליסה אשר קיומן מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
21. **היזק:** פגיעה או ליקוי גופני או נפשי.
22. **תאונה:** אירוע פתאומי, בלתי צפוי וחד פעמי שאירע בתקופת הביטוח, במהלכו נגרם למבוטח היזק באמצעות גורם חיצוני, כאשר הגורם החיצוני היה הגורם שהתניע את האירוע, שמהווה את הסיבה העיקרית לקרות מקרה הביטוח. בנוסף מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, **למעט ספורט אתגרי המפורט בסעיף החריגים להלן או ספורט מקצועני או ספורט במסגרת פעילות באגודה שחלה בגינה חובה לרכישת ביטוח במסגרת חוק הספורט**, יחשב כתאונה **למען הסר ספק מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.**
23. **תאונת דרכים - מאורע שבו נגרם לאדם נזק גוף עקב שימוש ברכב מנועי למטרות תחבורה; יראו כתאונת דרכים גם מאורע שאירע עקב התפוצצות או התלקחות של הרכב, שנגרמו בשל רכיב של הרכב או בשל חומר אחר שהם חיוניים לכושר נסיעתו, אף אם אירעו על-ידי גורם שמחוץ לרכב, וכן מאורע שנגרם עקב פגיעה ברכב שחנה במקום שאסור לחנות בו או מאורע שנגרם עקב ניצול הכוח המיכני של הרכב, ובלבד שבעת השימוש כאמור לא שינה הרכב את ייעודו המקורי; ואולם לא יראו כתאונת דרכים מאורע שאירע כתוצאה ממעשה שנעשה במתכוון כדי לגרום נזק לגופו או לרכושו של אותו אדם, והנזק נגרם על ידי המעשה עצמו ולא על ידי השפעתו של המעשה על השימוש ברכב המנועי.**
24. **פטירה:** מותו של המבוטח, לרבות היעלמותו לתקופה העולה על 60 יום.
25. **נכות:** אובדנו של איבר או חלק ממנו בשל הפרדתו הפיזית מן הגוף, או אובדן מוחלט או חלקי של כושר פעולתו התפקודית של איבר מאברי הגוף, או פגיעה המזכה בנכות עפ"י המבחנים הקבועים לכך בפרק ד'.
26. **נכות מלאה/חלקית צמיתה:** נכות מלאה תמידית, שתקבע באמצעות המבחנים הקבועים לכך בפרק ד'. מובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות זמנית לתקופה העולה על 3 שנים, ייחשב הדבר כנכות קבועה והמבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
27. **שבר:** פגיעה בשלמות העצם עם שינוי או ללא שינוי בצורתה המקורית (למעט שבר ספונטני - שבר הנגרם מעצמו), המוכחת בצילום אבחנתי.
28. **כוויה:** פצע, צרבת בעור הגוף שנגרם ע"י נגיעה באש או ברותחין.
29. **כוויה מדרגה שנייה:** כוויה הפוגעת מעבר לשכבת העור החיצונית (אפידרמיס) היוצרת שלפוחיות.

30. **כוויה מדרגה שלישית:** כוויה ההורסת את מלוא עובי העור.
31. **יד:** כל אחת משתי הגפיים העליונות של האדם (לא כולל אצבעות ושורש כף היד).
32. **רגל:** כל אחת משתי הגפיים בגוף האדם המשמשות להליכה (לא כולל הקרסול, כף הרגל ואצבעות כף הרגל).
33. **גולגולת:** כל עצמות הגולגולת והפנים, לא כולל עצמות האף והשיניים אשר תחשבנה כעצם אחת.
34. **אגן:** כל עצמות האגן אשר תחשבנה עצם אחת.
35. **אובדן כושר עבודה -** המבוטח ייחשב כמי שאיבד באופן חלקי או מלא את כושרו לעבוד, אם עקב תאונה, נשלל ממנו, לתקופה העולה על תקופת ההמתנה, הכושר לעבוד במקצוע או בעיסוק האחרון בהם עסק בסמוך לפני מועד אותה תאונה שבגינה נבצר ממנו לעבוד באופן חלקי או מלא מעבודתו או עיסוקו לפני קרות מקרה הביטוח.
36. **תקופת המתנה:** תקופת זמן רציפה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך קרות מקרה הביטוח כמצוין בכל פרק או נספח, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה (ככל שצוינה). במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח. זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה ובתנאי שנמצא במצב מזכה במועד זה.
37. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי, לרבות בתי חולים שיקומיים וסיעודיים ומחלקות שיקום בבית חולים, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
38. **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל, ו/או ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
39. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
40. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל.
41. **אתר טיול או נופש:** כל אתר שאינו ביתו של המבוטח, בו שוהה המבוטח למטרת חופשה, נופש או טיול בישראל.
42. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.

פרק ב' – תנאים כלליים אשר חלים על כל רובדי הביטוח

1.	היקף הביטוח
1.1.	רובד בסיסי
1.1.1.	ביטוח נכות כתוצאה מתאונה – פרק ד'.
1.1.2.	אירוע כוויה כתוצאה מתאונה – פרק ה'.
1.1.3.	פיצוי במקרה של מצב סיעודי עקב תאונה – פרק ו'.
1.1.4.	פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה – פרק ז'.
1.1.5.	הוצאות רפואיות עקב תאונה – פרק ח'.
1.2.	רובד רשות – הרחבה
1.2.1.	פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה – פרק ט'.
1.2.2.	ביטוח שבר כתוצאה מתאונה – פרק י'.
1.2.3.	שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל – פרק י"א.
1.2.4.	פיצוי נוסף בגין אישפוז כתוצאה מתאונת דרכים – פרק י"ב.
1.2.5.	חבות כלפי צד שלישי בגין שימוש באופניים חשמליים – פרק י"ג.
1.3.	נספח ביטוח לילדים
2.	ההצטרפות לביטוח
2.1.	אופן ההצטרפות לביטוח
	הצטרפות החברים ו/או בני/בנות זוגם ו/או ילדיהם לרובד הבסיסי או לרובד הרשות או לנספח כיסוי לילדים הינה וולונטרית, על פי הסכמה מפורשת בכתב של החבר מראש או בכל צורה מתועדת אחרת של העמית מראש.
2.2.	אופן ההצטרפות לכל אחד מרובדי הביטוח
2.2.1.	כל החברים אשר יגישו בקשת הצטרפות בכתב עבורם ו/או עבור בני זוגם ו/או ילדיהם, יצורפו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, וזכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי.
2.2.2.	(א) מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח תאונות אישיות קבוצתי חובה אחת מאלה: (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1(ג) לחוק עובדים זרים; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמת המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו. (ב) האמור בסעיף (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל

מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

(2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי וסכומי ביטוח שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

2.2.3 המבטח ימסור לכל מבוטח, 30 ימים לפני מועד תחילת הביטוח, הודעה בכתב הכוללת את תנאי פוליסה זו. אם במהלך 90 הימים שלאחר מועד תחילת הביטוח הודיע המבוטח למבטח על ביטול הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל ממועד תחילת הביטוח, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה זו בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 90 הימים כאמור.

2.2.4 חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

2.2.5 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

תוקף הביטוח

3.

3.1 הביטוח יכנס לתוקפו, לגבי כל אחד מהמבוטחים, באחד בחודש העוקב לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות.

3.2 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה, ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח. לעניין זה, "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

תביעות

4.

4.1

מבלי לפגוע בזכויות המבוטח על פי פוליסה זו, על פי כל דין, המבוטח יודיע למבטח על מקרה הביטוח מהר ומוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר למבטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה.

המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח, ו/או ביכולתו להשיג אותם. כמו כן המבוטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית (אם נדרש לעשות כן).

פרטים על אופן הגשת התביעה והמסמכים הנדרשים ניתן למצוא באתר הייעודי לחברי בעל הפוליסה.

המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה לשם בדיקת אמיתות העובדות המשמשות יסוד לתביעה, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו, ובלבד שהבדיקה אינה מסכנת את בריאותו של המבוטח, ו/או עלולה לגרום לו היזק רפואי ו/או אינה בדיקה פולשנית, ומקום ביצועה של הבדיקה יהיה במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח, ותוך התחשבות ככל הניתן במין הרופא הנובעים מטעמי דת או צניעות.

מובהר בזאת כי המבטח יהיה מנוע מלטעון כי הוא פטור מתשלום תגמולי ביטוח, או הופחתה חבותו לתשלום תגמולי ביטוח, מכיוון שמצבו הרפואי של המבוטח הינו מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם למועד קרות מקרה הביטוח או הינו הגורם לקרות מקרה הביטוח.

5. תגמולי ביטוח

תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הנוגעים לאותה תביעה במשרדי המבטח, אותם ביקש המבטח כדי לברר את חבותו.

הגשת קבלות למבטח

לגבי פרקי הפוליסה המבוססים על שיפוי (כגון הוצאות רפואיות עקב תאונה) תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח קבלות מקוריות המאשרות ששילם את התשלום בפועל.

במקרה של אובדן הקבלות, או אם הן נדרשות לשם קבלת תגמולי ביטוח במסגרת השב"ן או מגורם אחר, יהיה המבוטח רשאי להגיש למבטח העתקים של הקבלות בצירוף הצהרת המבוטח ו/או מי מטעמו בדבר אובדן הקבלות או לגבי השימוש בהן, ו/או אישור לגבי סכום ההחזר שהתקבל מהשב"ן או מגורם אחר, לפי העניין.

פטירת מבוטח

נפטר מבוטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח למוטבים הקבועים בטופס ההצטרפות. בהעדר קביעת מוטבים ישולמו תגמולי הביטוח לעיזבוננו של המבוטח או ליורשיו, על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.

6. זכאות לתגמולי ביטוח במסגרת פוליסה אחרת

המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית במקרה של תגמולי ביטוח מסוג פיצוי, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד

מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

6.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

הצמדה

.7

7.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבטח הכול על-פי העניין, יהיו צמודים למדד.

7.2 חישוב הצמדה יעשה עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או על-ידי המבטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.

7.3 מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין.

ביטול הפוליסה על ידי המבטח

.8

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לכל דין, למעט במקרה שהמבטח אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם. במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבטח שעבורו לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח.

ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבטח.

.9

9.1 עשה המבטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את ברור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר. לא קיומה חובת המבטח לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 לחוק חוזה ביטוח, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קיומה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

9.1.1 החובה לא קיומה או קיומה באיחור מסיבות מוצדקות.

9.1.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מהמבטח את ברור חבותו ולא הכביד על הברור.

9.2 המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לבעל הפוליסה בכל עת וללא החזר פרמיה.

9.3 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבטחים.

9.4 ביטול הפוליסה על ידי מבטח שהינו חבר, משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי בן/ת זוגו. ביטול הביטוח של בן/ת זוגו של החבר לא יהווה ביטול הפוליסה של מבטח שהינו

תום הביטוח ו/או הפסקתו

- 10.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
- 10.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.
- 10.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את חברותו אצל בעל הפוליסה.
- 10.1.3 היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטח בכתב, על הפסקת הביטוח לגביו.
- 10.1.4 לגבי בן/בת זוג- היום האחרון בחודש בו הודיע/ה המבוטח/ת למבטח בכתב על גירושיו/יה. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג - ידועים בציבור.
- 10.2 מובהר כי פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 11, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.
- 10.3 ביטוח בגין רובד הרשות בכללותו יסתיים עבור כל מבוטח במלאת לו 75 שנה. כמו כן, פרק ו' (ביטוח סיעודי), ברובד הבסיס וכן פרק ט' ופרק י"א ברובד הרשות יסתיימו במלאת למבוטח 67 שנה.

המשכיות

- 11.1 **המשכיות הביטוח למבוטחים במקרה של סיום הפוליסה ו/או עזיבת המבוטח את הקבוצה ו/או במקרה של פטירתו של חבר אצל בעל הפוליסה.**
- עם סיום תום תוקף הביטוח כמצוין לעיל יהיו רשאים המבוטחים לרכוש ביטוח תאונות אישיות לא יאוחר מ- 90 יום מיום סיום ההסכם או ביטולו, בהנחה בשיעור 25% מהתעריף שיהיה נהוג אצל המבטח לכלל האוכלוסייה באותה עת, בכפוף לגיל המבוטח בעת מימוש זכות זאת. למען הסר ספק, כמצבו הבריאותי של המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי יראו את מצבו הבריאותי בעת הצטרפותו לביטוח זה, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח. כמו כן, לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי. מובהר בזאת כי האמור בס"ק זה מתייחס לכיסויי ביטוח ועד לסכומי ביטוח הנכללים בפוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים ו/או יבקש להגדיל את סכומי הביטוח מעבר לאלו שבפוליסה זו, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.
- 11.2 **זכאות בביטוח לאחר תום שרות**
- משתחרר/ת ובן/בת זוג/ה שהיו כלולים בביטוח זה, ימשיכו להיות מבוטחים לאחר מועד השחרור ללא תשלום פרמיה חודשית, לתקופה נוספת של 3 חודשים עבור כל שנת שרות קבע ולא יותר מ 12 חודשים ממועד השחרור.
- מובהר כי הזכאות לתגמולי בטוח לאחר השחרור מותנית בשרות קבע של 12 חודשים לפחות. עבור תקופה העולה על 12 חודשים יהיה זכאי המבוטח לתקופת

בטוח יחסית לפי המפורט לעיל.

דמי הביטוח ומתווה התאמת פרמיה

12.1 הפרמיות החודשיות בשקלים חדשים עבור כל מבטח הינן כמפורט בהסכם הביטוח, והמופיעות ב"גילוי נאות" אשר מצורף לפוליסה זו. הפרמיות הינן עפ"י מדד חודש מאי אשר פורסם ב- 15 ליוני 2015 ויהיו צמודות למדד.

12.2 שיעור הפרמיות יהיה כדלקמן:

12.2.1 מתאריך 01.06.2016 :

בוגר רובד בסיסי כולל בן / בת זוג	17.3 ש"ח
הרחבה יחיד	13.1 ש"ח
הרחבה זוגי	26.2 ש"ח
ילד עד גיל 21	22.8 ש"ח
ילד מעל גיל 21	27.3 ש"ח

12.2.2 **התאמת פרמיה**

בתאריך 1.4.2018 עשויה הפרמיה להתעדכן בהתאם להוראות והכללים הקובעים בהסכם הביטוח שבין המבטח לבעל הפוליסה.

12.2.3 **תקופת הביטוח**

12.3 תקופת ביטוח החל מ- 1.6.2016 ועד 31.3.2020. לבעל הפוליסה שמורה הזכות להאריך את תקופות הביטוח לתקופות ביטוח נוספות של 24 חודשים, ובתנאי שהודיע על כך למבטח בכתב לפחות 90 יום לפני מועד תום תקופת הביטוח הקודמת.

12.4 אם במועד כלשהוא יחול שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי מעבר לאמור בסעיף 12.2 לעיל, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.

לעניין זה סעיף זה "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש, או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה. "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבטח לבעל הפוליסה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

12.5 אם חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

12.6 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

13.1 דחיית תביעתו של המבוטח

13.1.1 אם דחה המבטח את תביעתו של המבוטח במלואה או בחלקה, מסיבה רפואית (לדוגמה: חילוקי דעות באשר לשיעור הנכות, תקופת הזכאות לפיצוי שבועי, אבחנה לשבר וכדומה), יעביר המבטח את התביעה לטיפולו של רופא אמון מטעם יועץ הביטוח, בטרם ישיב למבוטח על החלטתו.

13.1.2 החלטתו של רופא האמון תחייב את המבטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

13.1.3 אם דחה המבטח את תביעתו של המבוטח במלואה או בחלקה, מסיבה שאינה רפואית, אלא מפירוש נוסח הפוליסה ובנושאים שאינם בסמכות רופא האמון, יעביר המבטח את התביעה לטיפולו של יועץ הביטוח אשר ימונה ע"י בעל הפוליסה, בטרם ישיב למבוטח על החלטתו.

13.1.4 המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידיו שלא באמצעות המבוטח.

13.1.5 יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה.

13.1.6 החלטתו של היועץ תחייב את המבטח, ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה. למען הסר ספק, ליועץ האפשרות להכריע כבורר בלעדי עד סכום של 20,000 ש"ח לתביעה. מובהר כי אם התביעה גבוהה מסכום זה, והיועץ סבור כי יש מקום להפעיל שיקול דעת/לערער על קביעת המבטח, תועלה הפנייה לוועדת ערר, אף אם המבוטח עצמו לא פנה.

13.1.7 **למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ ו/או רופא האמון כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.**

13.2 ועדת ערר

13.2.1 בנוסף לאמור בס"ק 13.1, יהיה רשאי המבוטח לפנות לוועדת ערר במקרה של חילוקי דעות בינו לבין המבטח לגבי זכאותו על פי תנאי הפוליסה.

13.2.2 ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

13.2.3 החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

13.2.4 ועדת הערר תורכב משלושה נציגים כדלקמן: נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח.

13.2.5 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.

13.2.6 אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימונה בהסכמה על ידם רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי

הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימונה מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה "המומחה"). יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.

13.2.7 המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.

13.2.8 **למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.**

ועדת חריגים

14.

14.1 המבוטח יוכל לפנות לוועדת חריגים על סמך נימוקים שיפורטו על ידו בכתב. בפנייתו לוועדה החריגים יצרף המבוטח את כל המסמכים אותם מסר למבטח, ויעביר לוועדה כל חומר שיידרש על ידה.

14.2 וועדת החריגים תורכב מנציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח.

14.3 הוועדה תקיים את דיוניה בנוכחות כל חבריה והחלטותיה יתקבלו ברוב קולות.

14.4 אם נקבעה למבוטח נכות, תהיה הוועדה מוסמכת להגדיל את גובה תגמולי הביטוח בשיעור שלא יעלה 30% מסכום הביטוח המרבי, במקרה של נכות מלאה וצמיתה, לצורך קבלת שירותים רפואיים ו/או שיקומיים מעבר לזכאותו אשר הוכרה ע"י המבטח.

14.5 ועדת החריגים תהיה מוסמכת לקבוע כי במקרה ביטוח שלגביו ייקבעו בוודאות אחוזי נכות, ישלם המבטח מקדמות עד לגובה 25% מסכום הביטוח המרבי, לצורך מימון שירותים רפואיים ו/או שיקומיים. המבטח יקזז את המקדמות מהתשלום הסופי שישולם למבוטח. בקביעתה תסתמך הוועדה על חוות דעתו של רופא האמון.

15. אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

מוצהר ומוסכם כי ביטוח זה מכסה את המבוטח בכל שעות היממה בהימצאו בארץ או בחו"ל.

16. **פיצוי במקרה של תאונת עבודה, תאונה שארעה במהלך שרות צבאי פעיל או תאונת דרכים.**

16.1 **מובהר ומוצהר כי סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח שארע כתוצאה מתאונת עבודה, או תוך כדי או עקב השרות הצבאי של משרת הקבע, או כתוצאה מתאונת דרכים כהגדרתה בחוק נפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975, (להלן "תאונת דרכים") יהיה בשיעור של 30% מסכום הביטוח המצוין בכל פרק לפי העניין.**

למרות האמור מובהר למעלה מכל ספק כי המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שנגרם תוך פעילות מלחמתית (כל פעולה מבצעית במהלכה נוצר מגע עם אויב), ואשר הוכרה על פי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב).

16.2 למרות האמור בסעיף 16.1, בעת מקרה הביטוח מסוג תאונת דרכים, שאירע למבוטח ילד כהגדרתו בסעיף 7 לפרק ההגדרות - ישולמו תגמולי ביטוח מלאים בפרקי מוות / פטירה מתאונה ונכות מתאונה כאמור בנספח כיסוי לילדים.

שינויים בפוליסה

17.

17.1 בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.

17.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שיעביר למבטח 120 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.

17.3 אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), מעבר לאמור בסעיף 12.2, ימסור המבטח לכל מבוטח, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. לעניין זה -

"שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מהמבוטח למבטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש, או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

"שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח לבעל הפוליסה בגין חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

17.4 חודש הביטוח או שונו תנאי הביטוח במהלך תקופת הביטוח, שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והמבטח הודיע למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

חובת בעל פוליסה

18.

בעל הפוליסה ימסור למבטח, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו, ולא תהיה לו, כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

גבייה מיסים והיטלים

19.

מובהר בזאת כי מיסים ממשלתיים ואחרים החלים ו/או יחולו עפ"י דין ישיר על המבטח, בין אם בגין הפוליסה ובין אם לאו, ישולמו ע"י המבטח ללא זכות קיזוז מהמבוטח או

מבעל הפוליסה. עוד יובהר כי לא יהיה בהוראות סעיף זה כדי לשלול מן המבטח זכות, תרופה או סעד כלפי המבוטח, להן יהיה זכאי לפי כל דין.

20. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, הינה שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. למרות האמור, תקופת התיישנות למקרה של נכות מתאונה תמנה מהמועד בו גובשה הנכות.

21. חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח התשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו וגובר על הוראות הפוליסה

22. הודעות

על המבוטח להודיע לבעל הפוליסה על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

23. שונות

- 23.1 בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך.
- 23.2 המבטח ישלח למבוטח לפי דרישתו, העתק מההסכם שבינו לבין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 23.3 במקרה של סתירה בין הוראות פרק זה (תנאים כלליים) לבין הוראות כל פרק או בין כל פרק אחד למשנהו, או אם תהיה אי בהירות לגבי הפירוש הנכון של הוראה כלשהי, יפורש הדבר לטובת המבוטח.

פרק ג' - חריגים כלליים

1. המבטח לא יהיה אחראי, ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים שלהלן ו/או שנגרמו ו/או הינם כתוצאה מאחד או יותר מהאירועים הבאים:
- 1.1 מוות כתוצאה ממחלה.
 - 1.2 קרינה יונית או גרעינית, קרינה או זיהום רדיו אקטיביים, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית, בעירת דלק גרעיני.
 - 1.3 התפרעות, התקהלות אסורה, שבהן השתתף המבוטח.
 - 1.4 מקרה הביטוח שנגרם תוך פעילות מלחמתית ואשר הוכרה על פי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב).
 - 1.5 פעולה תחת השפעה של סמים או תרופות שלא נרשמו על ידי רופא מוסמך.
 - 1.6 פעולה פלילית של המבוטח.
 - 1.7 מעשה שבו המבוטח העמיד עצמו מדעת לסכנה, אלא אם כן נעשה הדבר לצורך הצלת נפשות.
 - 1.8 נסיעה בכלי טיס שאינו מורשה כחוק, או נסיעה כאיש צוות בכלי טיס כלשהו.
 - 1.9 פעילותו של המבוטח כספורטאי רשום בקבוצת ספורט. למען הסר ספק, השתתפותו של המבוטח במסגרת:
 - ליגה למקומות עבודה
 - ספורט עממי
 - חוגי ספורט למיניהם
 - פעילות בחדר כושר
 לא תיחשב כפעילות במסגרת קבוצת ספורט.
 - 1.10 פעילותו של המבוטח בציד, טיפוס הרים בעזרת מדריכים וחבלים, גלישה מצוקים, צלילה לעומק העולה על 30 מטר, השתתפות במרוצי תחרות מקצועני למיניהם, צניחה, גלישה או דאייה באוויר. (יובהר כי מרוצים עממיים שבו משתתף המבוטח כספורטאי כאמור בסעיף 1.9 לעיל יחשבו כתחרות מקצוענית לעניין פוליסה זו).
 - 1.11 מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה של טיפול רפואי או ניתוח למעט אם הטיפול או הניתוח נדרש עקב תאונה כהגדרתה עפ"י פוליסה זו.
 - 1.12 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
 - 1.13 פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרו טראומה).
2. סייג בשל מצב רפואי קודם:
- 2.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שארע בתקופות המצוינות בס"ק א ו ב, לפי העניין, שהגורם העיקרי

לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

2.2 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי ככל שנשאל עליה.

2.3 סייג לחבות המבוטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבוטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

2.4 יובהר כי חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול לאחר התקופות הנקובות בס"ק א' ב אשר בסיף 2.1 לעיל, לפי העניין, וכי המבוטח יהיה מנוע מלטעון כי הוא פטור מתשלום תגמולי ביטוח, או הופחתה חבותו לתשלום תגמולי ביטוח, מכיוון שנכותו או פטירתו של המבוטח הינו מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם למועד קרות מקרה הביטוח או הינו הגורם העיקרי לקרות מקרה הביטוח.

3. המבוטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבוטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.

פרק ד' – ביטוח נכות כתוצאה מתאונה

מקרה הביטוח

1.

נכותו הצמיתה של המבוטח, עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח ובתנאי שהנכות, לרבות החמרתה אשר גובשה במהלך 3 שנים מקרות מקרה הביטוח, ובלבד שהמבוטח לא נפטר בתוך 90 ימים ממועד התאונה כתוצאה ישירה מהתאונה.

מועד קרות מקרה הביטוח

2.

מועד קרות מקרה הביטוח לגבי מקרה נכות מתאונה הינו המועד בו אירעה התאונה.

סכום הביטוח במקרה של נכות מלאה צמיתה

3.

- 3.1 לגבי עמית מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח טרם מלאו לו 67 שנה, סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו 313,412 ש"ח.
- 3.2 לגבי עמית מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו מעל 67 שנים, סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו 50% מסכום הביטוח המלא, דהיינו 156,706 ש"ח.
- 3.3 לגבי אלמן/ה מבוטח, סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו 313,412 ש"ח (למען הסר ספק, גובה הפרמיה יהיה זהה לגובה הפרמיה של עמית מבוטח).
- 3.4 סכום הביטוח עבור בן/בת זוג שגילו/ה עד 67 של עמית יהיה בשיעור 50% מסכום הביטוח של עמית בהתאם לגילו של בן/בת הזוג במועד קרות מקרה הביטוח.
- 3.5 הפיצוי לבן/בת זוג של העמית שגילו מעל 67 יהיה בשיעור של 25% מסכום הביטוח המלא, דהיינו 78,353 ש"ח.

סכום הביטוח במקרה נכות חלקית צמיתה

4.

- 4.1 אם נגרמה למבוטח נכות חלקית צמיתה, ישלם המבטח למבוטח תגמולים בשיעור הנכות שנקבעה למבוטח, מתוך סכום הביטוח הנקוב בסעיף 3 למקרה של נכות מלאה וצמיתה.
- 4.2 מובהר ומוצהר כי אם נקבעה למבוטח נכות בשיעור של 75% או יותר יהיה זכאי למלוא סכום הביטוח כמפורט בסעיף 3 לעיל.
- 4.3 סכום הביטוח עבור בן/בת זוג של עמית יהיה בשיעור 50% מסכום ביטוח של עמית בהתאם לגילו של בן/בת זוג במועד קרות מקרה הביטוח.

חישוב תגמולי הביטוח לנכות צמיתה

5.

- 5.1 אם במהלך תקופת הביטוח אירע למבוטח מקרה ביטוח שבגינו נגרמו למבוטח מספר פגיעות שכל אחת מהן מזכות באחוזי נכות, ישוקללו אחוזי הנכות שנקבעו עבור הפגיעה הראשונה עם אחוזי הנכות שנקבעו עבור הפגיעות הנוספות. שיעור

הנכות הצמיתה יחושב מתוך ההפרש שבין 100 אחוז לבין שיעור אחוזי הנכות שנקבעה עבור הפגיעות האחרות.

5.2 אם במהלך תקופת הביטוח אירע למבוטח מקרה ביטוח שבגינו נקבעו למבוטח אחוזי נכות, ולאחר מכן אירע מקרה ביטוח נוסף שבגינו נקבעו אחוזי נכות, ישוקללו אחוזי הנכות שנקבעו עקב מקרה הביטוח הראשון עם אחוזי הנכות שנקבעו עקב מקרה ביטוח הנוסף. שיעור הנכות הצמיתה עקב מקרה הביטוח השני יחושב מתוך ההפרש שבין 100 אחוז לבין שיעור הנכות שנקבע באירוע הראשון.

5.3 אם נקבעה למבוטח נכות לפני מועד תחילת הביטוח, לא ישוקללו אחוזי הנכות הללו עם אחוזי הנכות שייקבעו במסגרת ביטוח זה, אלא אם הנכות שנקבעה לפני מועד תחילת הביטוח מתייחסת לאותו איבר שנפגע במהלך תקופת הביטוח.

5.4 **מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אחוזי נכות להם היה זכאי, על פי תנאי פוליסה זו, טרם הצטרפותו לביטוח. כמו כן לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין נכות עקב תאונה שאירעה טרם הצטרפותו של המבוטח לביטוח.**

5.5 משנקבעה למבוטח נכות צמיתה חלקית או מלאה ע"י המבטח, לא יהיה זכאי לפיצוי על בסיס אי כושר זמני לעבודה עקב אותו מקרה ביטוח, כמפורט בפרק פיצוי שבועי עקב תאונה.

5.6 ואם שולם למבוטח פיצוי שבועי כמפורט בפרק פיצוי שבועי עקב תאונה, ונקבעה למבוטח נכות צמיתה עקב אותו מקרה ביטוח, ינוכו מלוא סכומי הפיצוי השבועי ששולמו מסכום הביטוח עבור הנכות הצמיתה.

5.7 **מובהר כי סך תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח אחד ו/או בגין כל מקרי הביטוח יחד, שאירעו במהלך תקופת הביטוח, לא יעלו על תקרת חבותו המרבית של המבטח כמצוין בסעיף 3 לעיל.**

קביעת הנכות הרפואית הצמיתה

6.

6.1 דרגת הנכות הרפואית שנגרמה למבוטח עקב מקרה ביטוח המכוסה על פי פוליסה זו, תיקבע על פי המבחנים הרלוונטיים שנקבעו לפגיעה מהסוג הנדון שבתקנות הביטוח הלאומי (להלן "המבחנים"), למעט קביעה של אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תק' 15). אין בקביעת נכות כאמור כדי להחיל על פוליסה זו הוראה כלשהי מתוך חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו.

6.2 לא פורטה הפגיעה במבחנים על פי סעיף 6.1, תיקבע דרגת הנכות על ידי רופא מומחה למקרה הפגיעה לפי הפגיעה הדומה לה, מבין הפגיעות שנקבעו במבחנים. אם יתגלעו חילוקי דעות בנוגע לקביעת הנכות עפ"י סעיף זה, תיקבע דרגת הנכות עפ"י רופא מומחה תעסוקתי.

6.3 אם המבוטח הגיש תביעה גם למוסד לביטוח לאומי או לאגף השיקום במשרד הביטחון, אגב מקרה ביטוח המכוסה על פי פוליסה זו, ואלו קבעו את דרגת נכותו בהתאם למבחנים כמפורט בס"ק 6.1 בטרם נקבע שיעור נכותו ע"י המבטח, תחייב קביעה זו את המבטח לגבי זכאותו ושיעור נכותו של המבוטח, למעט קביעה של אחוזי נכות בגין "תקנת המקצוע" (תק' 15).

בנוסף לחריגים הכלליים המצוינים בפרק ג, המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים שלהלן ו/או שנגרמו ו/או הינם כתוצאה מאחד או יותר מהאירועים הבאים:

7.1 **מוות או נכות כתוצאה ממחלה, אלא אם רופא מומחה קבע שהמחלה נבעה מתאונה שארעה במהלך תקופת הביטוח.** יובהר כי הדבקות מנגיף או וירוס לא ייחשב כתאונה על פי פוליסה זו.

פרק ה' - אירוע כווייה כתוצאה מתאונה

מקרה הביטוח

כווייה הנגרמת כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה. (להלן "כווייה תאונתית").

מועד קרות מקרה הביטוח

המועד בו אירעה התאונה אשר היוותה את הסיבה העיקרית לכווייה אצל המבוטח.

חישוב תגמולי הביטוח לכווייה תאונתית

3.1 המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי כמצוין לצד חומרת הכווייה, מתוך סכום ביטוח השווה ל-31,341 ש"ח.

סכום הביטוח עבור בן/בת זוג של עמית יהיה בשיעור 50% מסכום הביטוח של העמית.

היקף הכווייה ביחס לשטח פני הגוף	שיעור הפיצוי - כווייה מדרגה שנייה	שיעור הפיצוי - כווייה מדרגה שלישית
28%-100%	50%	100%
20%-27%	40%	80%
10%-19%	30%	60%
4.5%-9%	10%	20%

3.2 **מובהר כי סך תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח אחד ו/או בגין כל מקרי הביטוח יחד, שאירעו במהלך תקופת הביטוח, לא יעלו על תקרת חבותו המרבית של המבטח כמצוין בסעיף 3.1.**

פרק ו' - פיצוי במקרה של מצב סיעודי עקב תאונה

מקרה הביטוח

1.

מצבו הסיעודי של המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

לעניין פרק זה **מצב סיעודי**:

מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות, או 2 מתוך 6 הפעולות בלבד כשאחת מהן הינה אי שליטה על הסוגרים:

1. **לקום ולשכב:** יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.
2. **להתלבש ולהתפשט:** יכולתו העצמאית של המבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג, ובכלל זה להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.
3. **להתרחץ:** יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
4. **לאכול ולשתות:** יכולתו העצמאית של המבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה בעזרת קשית, ולא אכילה בעזרת קשית), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
5. **לשלוט על סוגרים:** יכולתו העצמאית של המבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
6. **ניידות:** יכולתו העצמאית של המבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או שימוש בכסא גלגלים, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

מועד קרות מקרה הביטוח

2.

המועד בו אירעה התאונה אשר היוותה את הסיבה העיקרית למצבו הסיעודי של המבוטח.

תגמולי הביטוח

3.

במקרה שבו הפך המבוטח לבעל צורך סיעודי עקב תאונה ישלם המבטח למבוטח פיצוי בסך 627 ש"ח לשבוע לאחר תקופת המתנה בת 21 יום אשר מתחילה במועד בו נקבע כי המבוטח הוא בעל צורך סיעודי, ובמהלכה היה המבוטח במצב סיעודי באופן רצוף. למען הסר ספק ימי אשפוז בבית חולים יבואו במניין ימי ההמתנה. תשלום גמלת הסיעוד יבוצע כל עוד המבוטח הינו בעל צורך סיעודי ועד תקופה מירבית של 104 שבועות.

תביעה חוזרת

4.

אם הפסיק המבטח לשלם את גמלת הסיעוד עקב שיפור במצבו של המבוטח ויציאתו ממצב

סיעודי, ובתוך 12 חודשים ממועד הפסקת התשלומים חזר המבוטח להיות בעל צורך סיעודי, ישלם המבטח את גמלת הסיעוד מיום בו חזר המבוטח למצב סיעודי ללא צורך בתקופת המתנה נוספת.

תום תקופת ביטוח

5.

הביטוח עבור כל מבוטח על פי פרק זה יסתיים בכל מקרה במלאת למבוטח 67 שנה.

פרק ז' - פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה

מקרה הביטוח

1.

אשפוזו של המבוטח בבית חולים עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. **מובהר כי המועד הקובע הוא המועד בו אושפז המבוטח לראשונה.** המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח אם המועד בו אושפז לראשונה התקיים במהלך תקופת הביטוח.

תגמולי הביטוח

2

מבוטח אשר אושפז בבית חולים כללי או בבית חולים שיקומי, כתוצאה מתאונה, שאירעה במהלך תקופת הביטוח לתקופה רציפה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי של 105 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לאשפוז, ולתקופה מרבית בת 104 שבועות.

אשפוז חוזר

3.

אם במהלך 12 חודשים אושפז המבוטח יותר מפעם אחת בגין אותו מקרה ביטוח, יחושבו שתי תקופות האשפוז כאילו הייתה זו תקופה אחת רצופה. אם בין שתי תקופות האשפוז הנוסף חלפו יותר מ-12 חודשים, אזי האשפוז ייחשב כתקופת אשפוז חדשה.

מבוטח יהיה זכאי לפיצוי כאמור בפרק זה בגין תקופת אשפוז אחת בלבד.

4.

פרק ח' - הוצאות רפואיות עקב תאונה

מקרה הביטוח

1.

טיפול רפואי שקיבל המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

תגמולי ביטוח

2.

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 60% מהוצאותיו בגין שירותים רפואיים, ושירותי שיקום ועד לסך 10,447 ש"ח לכל מקרה ביטוח.

שירותים רפואיים

3.

שירותים רפואיים לעניין פרק זה: פינוי רפואי ממקום התאונה, בדיקות אבחון, ניתוחים (לרבות ניתוחים קוסמטיים הנדרשים עקב התאונה) ו/או טיפולים מחליפי ניתוח, טיפולי פיזיותרפיה ושיקום, טיפולים ברפואה משלימה, טיפולים פסיכולוגיים, אביזרים רפואיים, וטיפולים דנטליים עקב תאונה, ו/או כל טיפול רפואי אחר על פי הוראת רופא מומחה וכן הוצאות הנדרשות בנסיעה לצורך קבלת הטיפולים בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.

מודגש כי כל הנ"ל לאחר מיצוי הזכאות בביטוח המשלים בו חבר המבוטח, ככל שהמבוטח חבר בו.

4.

תמורת תשלום פרמיה נוספת כמפורט בסעיף 12 בפרק התנאים הכלליים, ובכפוף להוראות התנאים הכלליים והחריגים אשר בפוליסה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח המצויינים בפרקים ט' - י"ג, להלן:

פרק ט' – פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה

הגדרות לעניין פרק זה:

"אי כושר מלא" - אי יכולתו של המבוטח לעבוד בשיעור 75% או יותר משעות העבודה.
"שעות עבודה" - ממוצע שעות עבודה השבועיות שעבד המבוטח ב 12 השבועות טרם קרות מקרה הביטוח.
"מבוטח" - מבוטח לענין פרק זה הינו מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים.

מקרה הביטוח

אי כושר עבודה זמני של המבוטח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

פיצוי שבועי במקרה של אי כושר מלא

במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר מלא לעבודה כתוצאה מתאונה ישלם המבוטח למבוטח פיצוי של 627 ש"ח לשבוע.

פיצוי שבועי במקרה של אי כושר חלקי

3.1 במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר חלקי זמני לעבודה כתוצאה מתאונה ישלם המבוטח פיצוי שבועי באופן יחסי לפגיעה בכושר עבודתו. לדוגמה אם המבוטח אינו מסוגל לעבוד 50% משעות העבודה, יהיה זכאי לפיצוי שבועי בשיעור של 50% מסכום הפיצוי בגין אי-כושר מלא זמני לעבודה. אם המבוטח אינו מסוגל לעבוד 25% משעות העבודה, יהיה זכאי לפיצוי שבועי בשיעור של 25% מסכום הפיצוי בגין אי-כושר מלא זמני לעבודה.

3.2 מובהר כי אם נפגע כושרו של העובד פחות מ 25%, לא יהיה זכאי לפיצויים עקב אי כושר חלקי זמני לעבודה.

3.3 מובהר בזאת כי מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים שבמועד קרות מקרה הביטוח לא היה מועסק (לרבות שעיסוקו בניהול משק ביתו), יהיה זכאי לפיצוי שבועי בחלוף תקופת ההמתנה רק אם נקבע ע"י רופא תעסוקתי כי המבוטח מרותק לביתו ברוב שעות היממה ועקב כך אינו יכול לעסוק בכל עבודה שהיא (להלן "בעל אי כושר עבודה מוחלט").

3.4 אם הוכר המבוטח כבעל אי כושר עבודה מלא, וחזר לעבוד במשרה חלקית אצל מעבידו או אצל מעביד אחר, בעיסוקו או בעיסוק אחר, תמורת תגמול או רווח, יהיה זכאי לפיצוי בגין אי כושר חלקי. זכאותו לתגמולי ביטוח תהיה בכפוף להיקף שעות העבודה שנבצר ממנו לעבוד וכמפורט בס"ק 3.1.

4. המועד הקובע

המועד הקובע לצורך חישוב תגמולי הביטוח, יהיה המועד הנקוב באישור המחלה שניתן ע"י רופא מוסמך.

5. תקופת המתנה

5.1 המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לאחר תקופת המתנה של 21 יום רצופים, במהלכם היה המבוטח באי כושר עבודה, לאמור החל מהיום ה-22 שלאחר קרות מקרה הביטוח.

5.2 מובהר כי אם בתקופת ההמתנה היה המבוטח באי כושר זמני ושב לעבודתו, ותוך תקופה של עד 30 ימי עבודה חזר להיות באי כושר עקב אותו מקרה ביטוח, יראו את שתי תקופות אי הכושר כתקופה רציפה אחת לעניין חישוב ימי ההמתנה.

6. תקופת הפיצוי לתשלום תגמולי ביטוח עקב אי כושר לעבודה

6.1 מבוטח יהיה זכאי לפיצוי השבועי בחלוף תקופת ההמתנה וכל עוד נמשכת תקופת אי הכושר, אך לא יותר מתקופה 104 שבועות, או עד תום החודש בו מלאו לו 67 שנים, לפי המוקדם מביניהם, בין שהפיצוי השבועי הוא על בסיס אובדן חלקי או מלא של כושר עבודה.

6.2 אי כושר חוזר
אם שולם למבוטח פיצוי שבועי, ותוך 90 ימים מיום הפסקת תשלום הפיצוי כאמור חזר המבוטח למצב אי כושר בשל אותה תאונה אשר בגינה כבר קיבל פיצוי שבועי, לא יהיה חייב בתקופת המתנה נוספת.

7. הגשת תביעה

7.1 בעת הגשת התביעה למבטח, יצרף המבוטח את כל המסמכים הנדרשים למבטח לברור חבותו, לרבות מסמכים רפואיים ואישור מרופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו, ואישור מהמעביד על היעדרות מהעבודה (במקרה והמבוטח הינו שכיר).

7.2 במקרה ובו הוגדר המבוטח כבעל אי כושר עבודה, מלא או חלקי, רשאי המבטח לדרוש מהמבוטח מפעם לפעם, לפי שיקול דעתו, להיבדק על ידי רופא תעסוקתי שיתמנה לשם כך על ידי המבטח ועל חשבונו של המבטח, וזאת לצורך קביעת תקופת אי הכושר. הכל ובתנאי שהבדיקה תיערך בבית המבוטח או במרפאה שבמרחק שלא עולה על 40 ק"מ ממקום מגוריו של המבוטח.

8. סייגים לחבות המבטח

8.1 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין תאונה אשר אירעה בתקופה בה קיבל המבוטח תגמולי ביטוח עבור אי כושר עבודה מהמבטח.

8.2 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין אי כושר עבודה שהיה קיים במועד הצטרפות המבוטח לביטוח.

9. תום תקופת הביטוח

הביטוח יסתיים עבור כל מבוטח על פי פרק זה בכל מקרה במלאת למבוטח 67 שנה.

פרק י' - ביטוח שבר כתוצאה מתאונה

מקרה הביטוח

1.

שבר הנגרם כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה (להלן "שבר תאונתי").

כמו כן, למרות האמור בפרק ג' החריגים בסעיף 1.9, לא יחול חריג השתתפות במרוצי תחרות למיניהם כגון מרוצי תחרות במסגרת צבאית או אזרחית פרטית (לא מקצוענית) בפרק זה.

1.1 מועד קרות מקרה הביטוח

המועד בו אירעה התאונה אשר היוותה את הסיבה העיקרית לשבר אצל המבוטח.

2. חישוב תגמולי הביטוח לשבר תאונתי

2.1 המבטח ישלם לעמית או בן זוגו המבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח טרם מלאו לו 67 שנה, את שיעור הפיצוי המצוין לצד האיבר, מתוך סכום ביטוח השווה ל- 31,341 ש"ח.

2.2 מבטח עמית או בן זוגו שזכאי לתגמולי בטוח על פי פרק זה ושבמועד קרות מקרה הבטוח שגילו מעל 67 שנים וטרם מלאו לו 75 שנים, סכום הביטוח עבורו יהיה שיעור הפיצוי המצוין ליד האיבר מתוך סכום ביטוח של 10,000 ש"ח.

איבר	שיעור הפיצוי	איבר	שיעור הפיצוי
חוליה - גוף חוליית (למעט עצם הזנב)	100%	חוליה - קשת חולייתית (למעט עצם הזנב)	35%
אגן	100%	שורש כף היד	10%
גולגולת (למעט האף והשיניים)	100%	קרסול	10%
חזה (כל צלע ועצם בחזה)	50%	עצם הזנב	10%
כתף (עצם הבריח ועצם השיכמה)	50%	כף יד ואצבעות	3%
יד	35%	כף רגל ואצבעות	3%
רגל	35%	אף	3%

2.3 אם כתוצאה מאותו אירוע שבר תאונתי נשברה יותר מעצם אחת, יחולו סכומי הביטוח (כל שבר יחשב עפ"י שיעורו מסכום הביטוח המלא) מתוך לוח הפיצויים, ובלבד שסכום הביטוח הכולל לא יעלה על סכום הביטוח כמצוין בסעיף 2

2.4 מובהר כי אם עקב תאונה נגרמו מספר שברים באותו איבר (לדוגמא מספר שברים ביד או שבר במספר אצבעות באותה כף יד), יהיה זכאי המבוטח לפיצוי אחד כאילו נגרם שבר אחד בלבד.

2.5 מובהר כי במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי המבוטח לפיצוי עבור שבר באותו איבר פעם אחת בלבד, ולא יהיה זכאי לתגמול נוסף בגין שבר חוזר באותו איבר.

2.6 מובהר כי סך תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח אחד ו/או בגין כל מקרי הביטוח יחד, שאירעו במהלך תקופת הביטוח, לא יעלו על תקרת חבותו המרבית של המבטח כמצוין בסעיף 2.

3. סייג מיוחד לפרק זה

פרק זה אינו מכסה מקרה של שבר הנגרם מתהליך הדרגתי מתמשך.

4. תום תקופת הביטוח

הביטוח יסתיים עבור כל מבטח על פי פרק זה בכל מקרה במלאת למבטח 75 שנה.

פרק י"א - שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבטח כתוצאה ממחלה או תאונה, בעת שהותו באתר נופש או טיול בישראל.

2. זכאות לתגמולי ביטוח

המבטח ישא בעלויות עבור הטיפולים והשירותים המפורטים להלן, אשר ניתנו למבטח כתוצאה ממקרה הביטוח.

2.1 הוצאות שירותי רופא פרטי

המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% בגין הוצאות עבור שירותי אבחון או טיפול רפואי שניתן במוקד רפואי הסמוך לאתר הנופש, או ע"י רופא פרטי שהוזמן לאתר הנופש. השתתפות המבטח לא תעלה על 261 ש"ח לכל מקרה ביטוח.

2.2 פינוי והעברה לבית חולים

המבטח ישא במלוא ההוצאות עבור שירותי העברה או פינוי באמבולנס או בכלי תחבורה אחר, ממקום שהותו של המבטח אל בית החולים. הזכאות לפינוי תהיה לאחר מיצוי הזכאות עפ"י חוק הבריאות הממלכתי.

2.3 העברה מבית חולים אחד לאחר

המבטח ישא במלוא עלויות העברתו של המבטח מבית חולים אליו פונה מאתר הנופש, אל בית חולים אחר לצורך טיפול רפואי, באמצעות כלי תחבורה יבשתי או אווירי, הכול ובתנאי שההעברה תואמה מראש עם המבטח. לעניין סעיף זה תאום מראש משמעותו הודעה למבטח מראש לקבלת אישור לביצוע העברה, ומתן אפשרות למבטח להסדיר את התשלום במישרין עם נותן השירות. למרות האמור, במקרה של צורך בטיפול רפואי דחוף עקב סכנה לחיי המבטח או החמרה במצבו, לא יהיה חייב המבטח בהודעה מראש. מובהר כי הזכאות להעברה מבית חולים אחד לאחר תהיה לאחר מיצוי הזכאות עפ"י חוק הבריאות הממלכתי.

2.4 הוצאות העברה ושהייה של קרוב משפחה

2.4.1 אם בעת שהותו באתר הנופש אושפז המבטח בבית חולים עקב מקרה

ביטוח, לתקופה העולה על 24 שעות, יהיה אחד מבני משפחתו הקרובים של המבוטח (הורים, אישה, בעל, ילדו של המבוטח, אח/ות) זכאי להחזר בשיעור 80% עבור הוצאות תחבורה מביתו של בן המשפחה לבית החולים, ו/או הוצאות שהייה בבית מלון הסמוך לבית החולים.

2.4.2 הזכאות להשתתפות המבטח על פי סעיף זה הינה בתנאי שבית החולים מצוי במרחק העולה על 70 ק"מ מביתו של בן המשפחה.

השתתפות המבטח בגין הוצאות העברה ושהייה של בן זוג כאמור בסעיף זה לא יעלו על 5,850 ש"ח.

2.5 תום תקופת הביטוח

הביטוח יסתיים עבור כל מבוטח על פי פרק זה בכל מקרה במלאת למבוטח 67 שנה.

פרק י"ב – פיצוי נוסף בגין אישפוז כתוצאה מתאונת דרכים

בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח בגין כל פרק על פי פוליסה זו, ובכפוף להגדרות, התנאים הכלליים, וכל פרק בפוליסה לפי העניין, אשר יחולו על נספח זה, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח כמפורט להלן:

1. מקרה הביטוח

נכות תמידית של המבוטח ו/או אשפוזו של המבוטח כתוצאה מתאונת דרכים.

2. תגמולי ביטוח

2.1 מבוטח אשר אושפז בבית חולים כללי או בבית חולים שיקומי, כתוצאה מתאונת דרכים שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יקבל פיצוי של 100 ש"ח ליום ועד 365 יום וזאת בכפוף לתקופת המתנה של 14 יום.

2.2 במקרה של נכות תמידית כתוצאה מתאונת דרכים בשיעור של 20% או יותר, יהיה זכאי המבוטח לסכום ביטוח מירבי בסך 100,000 ש"ח.

במקרה של נכות חלקית יהיה זכאי המבוטח לסכום ביטוח באופן יחסי לשיעור נכותו. במקרה בו נקבע למבוטח נכות תמידית בשיעור העולה על 75%, יהיה זכאי המבוטח לסכום הביטוח המירבי.

מובהר כי נכות בשיעור נכות הפחות מ 20% לא יזכה את המבוטח בתגמולי ביטוח על פי סעיף זה.

פרק י"ג – חבות כלפי צד שלישי בגין שימוש באופניים חשמליים

המבטח ישפה את המבוטח בגין חבות חוקית כלפי צד שלישי בגין שימוש באופניים חשמליים עד לסכום הנקוב בסעיף 1, עבור נזק גוף אשר אירעו לצד ג בתקופת הביטוח, ואשר בגינם חב המבוטח לצד שלישי עפ"י פקודת הנזיקין.

1. סכום הביטוח

סכום הביטוח המרבי בגין חבות החוקית לצד ג של המבוטח, לרבות השתתפות בהוצאות משפטיות סבירות לא יעלה על 5,000 ש"ח.

2. סייגים לחבות המבטח - חבות כלפי צד שלישי לא ישולמו תגמולי ביטוח לפי פרק זה כאשר חבותו של המבוטח כלפי צד שלישי הינה חבות מהחבויות להלן, או נובעות במישרין או בעקיפין מהן:

- 2.1 חבות מעבידים, חבות חוזית או חבות כלפי בן משפחה קרוב של המבוטח.
- 2.2 מעשה מכון או מעשה זדון, או מעשה פלילי.
- 2.3 אחריותו המקצועית של המבוטח.
- 2.4 שימוש באופניים חשמליים בניגוד לחוק.
- 2.5 בעלות או שימוש בכלי רכב, בכלי טיס או בכלי שיט או באופנוע למעט אופניים חשמליים.

כתב התחייבות של בעל הפוליסה

בעל הפוליסה:

חבר משרתי הקבע והגמלאים

בהתאם להוראות תקנה 3(א)(1) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט - 2009. הריני, הח"מ, בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת, כי לעניין היותי בעל הפוליסה בפוליסה לביטוח תאונות לעמיתי חבר הנני פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין ולא תהיה לי כל טובת הנאה מהיותי בעל הפוליסה.

נספח כיסוי לילדים – פוליסת תאונות אישיות לילדי עמיתי חבר

בנוסף לתנאי הפוליסה הכלליים וכן לפרק ההגדרות יחולו תנאים אלו וזאת לגבי מצטרפים אשר הינם ילדי עמיתים בכפוף להגדרת ילד:

היקף הביטוח לילדים כפי המוגדר בפרק ההגדרות – הגדרת "ילד" סעיף 7

1.1 **ביטוח נכות כתוצאה מתאונה**, כאמור בפרק ד' בפוליסה וכן יתווסף פיצוי למוות כדלקמן:

א. סכום ביטוח במקרה של פטירה כתוצאה מתאונה לילד

במקרה ביטוח שבו מת המבוטח כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח למבוטח או למוטב או ליורשי המבוטח או למבצעי צוואתו סכום בגובה של 150,000 ₪.

ב. סכום הביטוח במקרה של נכות מלאה צמיתה לילד

סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו 150,000 ₪.

ג. סכום הביטוח במקרה של נכות חלקית צמיתה לילד

אם נגרמה למבוטח נכות חלקית צמיתה, ישלם המבטח למבוטח תגמולים בשיעור הנכות שנקבעה למבוטח, מתוך סכום הביטוח בסך 150,000 ₪ למקרה של נכות מלאה וצמיתה.

מובהר ומוצהר כי אם נקבעה למבוטח נכות בשיעור של 75% או יותר יהיה זכאי למלוא סכום הביטוח בסך 150,000 ₪.

חישוב תגמולי הביטוח יהיה לפי סעיף 5 בפרק ד'

1.2 פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה לילד

מבוטח אשר אושפז בבית חולים כללי או בבית חולים שיקומי, כתוצאה מתאונה, שאירעה במהלך תקופת הביטוח לתקופה רציפה העולה על 3 ימים, יהיה זכאי לפיצוי של 150 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הראשון לאשפוז ולתקופה מירבית בת 60 ימים.

אשפוז חוזר - אם במהלך 3 חודשים אושפז המבוטח יותר מפעם אחת בגין אותו מקרה ביטוח יחושבו 2 תקופות האישפוז כאילו היתה זו תקופה אחת רצופה. אם בין שתי תקופות האישפוז הנוסף חלפו יותר מ- 12 חודשים, אזי האישפוז ייחשב כתקופת אישפוז חדשה.

1.3 ביטוח שבר כתוצאה מתאונה לילד

המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי המסומן לצד האיבר, מתוך סכום ביטוח השווה ל- 15,000 ₪.

בהתאם לתנאים והטבלה בפרק י' בפוליסה.

1.4 אירוע כוויה כתוצאה מתאונה לילד

המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי כמצויין לצד חומרת הכוויה, מתוך סכום ביטוח השווה ל- 15,000 ₪.

בהתאם לתנאים והטבלה בפרק ה' בפוליסה.

הוצאות רפואיות עקב תאונה לילד

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין שירותים רפואיים ושירותי שיקום המפורטים להלן שניתנו לו במהלך 24 חודשים מהמועד בו ארעה התאונה ועד לסכום מצטבר של 15,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

- 1.5.1 עלות פינוי רפואי ממקום התאונה.
- 1.5.2 עלות התייעצות עם רופא מומחה עד 1200 ₪ להתייעצות ועד 5 התייעצויות לכל מקרה ביטוח.
- 1.5.3 התייעצות עם מרכז רפואי בחו"ל עד 4,500 ₪ לאחר שניתנה חווי"ד ע"י מומחה בארץ.
- 1.5.4 עלות בדיקות אבחון מכל סוג שהוא על פי הוראת רופא ועד 10,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 1.5.5 עלויות הכרוכות בביצוע ניתוח לרבות שירותי ניתוח ואשפוז בישראל (לרבות ניתוחים קוסמטיים הנדרשים עקב התאונה) ו/או טיפולים מחליפי ניתוח.
- 1.5.6 עלות שירותי ניתוח ואשפוז בחו"ל במקרה שאי ביצוע הניתוח עלול לסכן את חייו של המבוטח או לגרום לו נכות תמידית בשיעור העולה על 50% או במקרה שסיכויי הצלחת הניתוח בחו"ל גבוהה בצורה משמעותית, על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח, שהפגיעה בתחום מומחיותו. יובהר כי לא ישולם הוצאות טיסה ושהיה בחו"ל.
- 1.5.7 טיפולי פיזיותרפיה ושיקום עד 180 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל מקרה ביטוח.
- 1.5.8 טיפולים ברפואה משלימה עד 180 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל מקרה ביטוח.
- 1.5.9 טיפולים פסיכולוגיים עד 240 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל מקרה ביטוח.
- 1.5.10 אביזרים רפואיים עד 4,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 1.5.11 עלות טיפולים דנטליים עקב תאונה ועד 5,000 ₪.
- 1.5.12 הוצאות הנדרשות בנסיעה לצורך קבלת הטיפולים בישראל בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.

1.6

שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל

- 1.6.1 **הוצאות שירותי רופא פרטי**
המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% בגין הוצאות עבור שירותי אבחון או טיפול רפואי שניתן במוקד רפואי הסמוך לאתר הנופש, או ע"י רופא פרטי שהוזמן לאתר הנופש. השתתפות המבטח לא תעלה על 250 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 1.6.2 **פינוי והעברה לבית חולים**
המבטח ישא במלוא ההוצאות עבור שירותי העברה או פינוי באמבולנס או בכלי תחבורה אחר, ממקום שהותו של המבוטח אל בית החולים. הזכאות לפינוי תהיה לאחר מיצוי הזכאות עפ"י חוק הבריאות הממלכתי.

העברה מבית חולים אחד לאחר

1.6.3

המבטח ישא במלוא עלויות העברתו של המבטח מבית חולים אליו פונה מאתר הנופש, אל בית חולים אחר לצורך טיפול רפואי, באמצעות כלי תחבורה יבשתי או אווירי, הכול ובתנאי שההעברה תואמה מראש עם המבטח. לעניין סעיף זה תאום מראש משמעותו הודעה למבטח מראש לקבלת אישור לביצוע העברה, ומתן אפשרות למבטח להסדיר את התשלום במישרין עם נותן השירות. למרות האמור, במקרה של צורך בטיפול רפואי דחוף עקב סכנה לחיי המבטח או החמרה במצבו, לא יהיה חייב המבטח בהודעה מראש. מובהר כי הזכאות להעברה מבית חולים אחד לאחר תהיה לאחר מיצוי הזכאות עפ"י חוק הבריאות הממלכתי.

הוצאות העברה ושהייה של קרוב משפחה

1.6.4

1.6.4.1 אם בעת שהותו באתר הנופש אושפז המבטח בבית חולים עקב מקרה ביטוח, לתקופה העולה על 24 שעות, יהיה אחד מבני משפחתו הקרובים של המבטח (הורים, בן/בת זוג, ילדו של המבטח, אח/ות) זכאי להחזר בשיעור 80% עבור הוצאות תחבורה מביתו של בן המשפחה לבית החולים, ו/או הוצאות שהייה בבית מלון הסמוך לבית החולים.

1.6.4.2 הזכאות להשתתפות המבטח על פי סעיף זה הינה בתנאי שבית החולים מצוי במרחק העולה על 70 ק"מ מביתו של בן המשפחה.

1.6.4.3 השתתפות המבטח בגין הוצאות העברה ושהייה של בן משפחה כאמור בסעיף זה לא יעלו על 5,600 ₪.

הוצאות רפואיות עקב פעילות ספורט

1.7

1.7.1 **מקרה הביטוח** – טיפול רפואי שקיבל המבטח עקב תאונה או חבלה שאירעה במהלך פעילות ספורט.

1.7.2 המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין שירותים רפואיים, ושירותי שיקום שקיבל המבטח במהלך 24 חודשים ממועד שבו ארעה התאונה ועד 5,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

שירותים רפואיים ושירותי שיקום לעניין פרק זה:

1.7.3

פינוי רפואי ממקום התאונה.

התייעצויות עם רופא מומחה.

בדיקות אבחון מכל סוג שהוא.

ניתוחים (לרבות ניתוחים קוסמטיים הנדרשים עקב התאונה) ו/או טיפולים מחליפי ניתוח.

טיפול פיזיותרפיה ושיקום מכל סוג שהוא.

טיפולים ברפואה משלימה.

טיפולים פסיכולוגיים.

רכישת אביזרים רפואיים.

ו/או כל טיפול רפואי אחר על פי הוראת רופא מומחה וכן הוצאות הנדרשות בנסיעה לצורך קבלת הטיפולים בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.

1.7.4 מבוטח יהיה זכאי לטיפולים דנטליים עקב תאונה או חבלה שארעו במהלך פעילות ספורט ועד 5,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

1.7.5 **יובהר כי מבוטח הזכאי לשיפוי על פי סעיפי 1.7, לא יהיה זכאי לשיפוי על פי סעיפי 1.5.**

פיצוי שבועי בגין היעדרות מלימודים

1.8

1. מבטח שטרם התגייס לשירות חובה בצה"ל או שירות לאומי יהיה זכאי לפיצוי בגין היעדרות מלימודים כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 200 ₪ עבור כל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות ועד 104 שבועות.

2. בנוסף לאמור בס"ק 1 לעיל, מבוטח שטרם מלאו לו 30 שנים, הלומד במוסד להשכלה גבוהה נעדר מלימודיו למשך תקופה העולה על 60 יום, ועקב מצבו הרפואי הפסיק את לימודיו, יהיה זכאי להחזר עבור שכר הלימוד ששולם למוסד, ולא יותר מסכום של 12,000 ₪.

פיצוי שבועי עקב אי כושר עבודה כתוצאה מתאונה למבוטח שגילו מעל 21 שנים

1.9

במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר מלא לעבודה כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח למבוטח פיצוי של 1,000 ₪ לשבוע. עד 104 שבועות כל שאר תנאי סעיף 1.9 יהיו לפי פרק ט' בפוליסה.

פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה מתאונה

1.10

בנוסף לתגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח על פי פרק אי לעיל, במקרה שבו הפך לבעל צורך סיעודי עקב תאונה ישלם המבטח למבוטח פיצוי של 1,000 ₪ לשבוע. עד 104 שבועות

כל שאר תנאי סעיף 1.10 יהיו לפי פרק ו' בפוליסה.

גילוי נאות – פוליסה לביטוח תאונות אישיות קבוצתית
לעמיתי חבר משרתי הקבע והגמלאים בע"מ ובני משפחותיהם 2016

בהתאם להוראות המפקח על הביטוח להלן סקירת תכנית הביטוח:

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	ביטוח תאונות אישיות קבוצתי לעמיתי חבר
	הכיסויים בפוליסה	1. רובד בסיס 1.1 ביטוח נכות כתוצאה מתאונה - פרק ד' 1.1.1 לגבי עמית מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח טרם מלאו לו 67 שנה - סכום פיצוי מרבי ₪ 313,412 בגין נכות מלאה וצמיתה (100%). 1.1.2 לגבי עמית מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח מלאו לו 67 שנה ומעלה - סכום פיצוי מרבי ₪ 156,706 בגין נכות מלאה וצמיתה (100%). 1.1.3 לגבי אלמן מבוטח, סכום פיצוי מרבי ₪ 313,412 בגין נכות מלאה וצמיתה (100%). (למען הסר ספק גובה הפרמיה יהיה זהה לגובה הפרמיה של עמית מבוטח). 1.1.4 סכום הביטוח עבור בן/בת זוג שגילו/ה עד 67 של עמית יהיה בשיעור 50% מסכום הביטוח של עמית בהתאם לגילו של בן/בת הזוג במועד קרות מקרה הביטוח. 1.1.5 סכום הביטוח עבור בן/בת זוג שגילו/ה מעל 67 של עמית יהיה בשיעור 25% מסכום הביטוח של עמית בהתאם לגילו של בן/בת הזוג במועד קרות מקרה הביטוח, סך של ₪ 78,353. 1.2 אירוע כווייה כתוצאה מתאונה - פרק ה' 1.3 פיצוי במקרה של מצב סיעודי עקב תאונה - פרק ו' 1.4 פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה - פרק ז' 1.5 הוצאות רפואיות עקב תאונה - פרק ח' 2. רובד רשות - הרחבה 2.1 פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה - פרק ט' - עד ₪ 627 לשבוע 2.2 ביטוח שבר כתוצאה מתאונה - פרק י' - עד ₪ 31,341 למבוטח עד גיל 67 ועד 10,000 ₪ למבוטח בגילאי 67-75. 2.3 שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל - פרק י"א - שיפוי 80% עד לגובה התקרות המפורטות. 2.4 פיצוי נוסף כתוצאה מתאונת דרכים - פרק י"ב - • פיצוי בסך 100 ₪ ליום ועד 365 יום לאחר 14 ימי המתנה בגין אשפוז כתוצאה מתאונת דרכים. • עד 100,000 ₪ בגין נכות כתוצאה מתאונת דרכים.

		2.5 חבות כלפי צד שלישי בגין שימוש באופניים חשמליים - פרק י"ג - עד 5,000 ₪. 2.6 נספח כיסוי לילדים - פוליסת תאונות אישיות לילדי עמית חבר - • ביטוח נכות כתוצאה מתאונה- כמפורט בפרק ד'. • סכום ביטוח במקרה של פטירה כתוצאה מתאונה לילד - 150,000 ₪ • סכום ביטוח במקרה של נכות מלאה צמיתה לילד - עד 150,000 ₪ • סכום ביטוח במקרה של נכות חלקית צמיתה לילד - עד 150,000 ₪ • פיצוי יומי בגין אשפוז בבי"ח עקב תאונה לילד - 150 ₪ ליום, החל מהיום ה-1 ועד 60 ימים אם תקופת האשפוז עולה על 3 ימים ברציפות • ביטוח שבר כתוצאה מתאונה לילד - ישולם שיעור הפיצוי המסומן לצד האיבר מתוך סכום ביטוח השווה ל- 15,000 ₪ • אירוע כוויה כתוצאה מתאונה לילד - ישולם שיעור הפיצוי מתוך סכום ביטוח השווה ל- 15,000 ₪ • הוצאות רפואיות עקב תאונה לילד - עד לסכום מצטבר של 15,000 ₪ , בכפוף לכיסויים ולתקרות המפורטים בפוליסה • שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל: הוצאות שירותי רופא פרטי- שיפוי 80% ועד 250 ₪, פינוי והעברה לבית חולים- שיפוי מלא, העברה מבי"ח אחד לאחר - שיפוי מלא בתנאי שתואם מראש עם המבטח, הוצאות העברה ושהייה של קרוב משפחה - שיפוי 80% ועד 5,600 ₪, הוצאות רפואיות עקב פעילות ספורט- עד 5,000 ₪, פיצוי שבועי בגין היעדרות מלימודים - פיצוי בסך 200 ₪ ליום החל מהיום ה-12 ועד 104 שבועות למבוטח שטרם התגייס לצה"ל, או החזר עד 12,000 ₪ למבוטח שטרם מלאו לו 30, הלומד במוסד להשכלה גבוהה ונעדר מלימודיו למשך מעל 60 ימים, פיצוי שבועי עקב אי כושר עבודה כתוצאה מתאונה למבוטח שגילו מעל 21 שנים - פיצוי בסך 1,000 ₪ לשבוע, עד 104 שבועות, ובכפוף לתנאי פרק ט' בפוליסה, פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה מתאונה- פיצוי בסך 1,000 ₪ לשבוע, עד 104 שבועות, ובכפוף לתנאי פרק ו' בפוליסה.
	משך תקופת הביטוח	01.06.2016-31.05.2020
	תנאים לחידוש אוטומטי	אופציה לבעל הפוליסה להארכה של 24 חודש

	תקופת אכשרה		אין
	תקופת המתנה		יש, 60 יום במצב סיעודי, אשפוז - 1 יום המתנה, אכע - 20 ימי המתנה
	השתתפות עצמית		אין.
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח		רשאי בעל הפוליסה לנהל מו"מ במהלך תקופת הביטוח כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה
פרמיה	תעריפים		בסיס בוגר ₪ 17.3
			בוגר הרחבה ₪ 13.1
			זוגי הרחבה ₪ 26.2
			ילד עד גיל 21 ₪ 22.8
			ילד מעל גיל 21 ₪ 27.3
			פרמיה משתנה מ- 01.06.2016
תנאי ביטול	מבנה הפרמיה		שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח/מוטב		מידי שנה בהתאם לחישוב אקטוארי אך לא יותר מ 20% מהפרמיה הכוללת עבור כל המבוטחים.
	תנאי ביטול בעל הפוליסה		בהודעה בכתב בכל עת לחברה ולבעל הפוליסה.
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח		בהודעה בכתב בכל עת לחברה ולבעל הפוליסה.
חריגים	סייגים לחבות המבטח		ע"פ חוק חוזה ביטוח
	סייגים לחבות המבטח		יש. כמפורט בפרק ג' בפוליסה. סייג בשל מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 2 לפרק ג' וסעיף 2.4 לפרק ג'
התיישנות	התיישנות		3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח, במקרה של נכות מתאונה - תימנה מהמועד בו גובשה הנכות
חוק הביטוח	חוק הביטוח		יחולו על פוליסה זו וגובר על הוראות הפוליסה
	הוראות חוק הביטוח התשמ"א - 1981		



מש"ל - מרכז שרות לקוחות איילון: 1-700-72-72-27
בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, ר"ג 52008 ת.ד. 10957
לפניות בדוא"ל, לרבות נציב פניות הציבור: mail@ayalon-ins.co.il

לנוחיותך, באתר החברה מידע שימושי בנושא ביטוחים, טפסים, שמאים ועוד
www.ayalon-ins.co.il

מחלקת תשלומי ביטוח (תביעות)

חברתנו פועלת מתוך הוגנות למבוטחייה, "אנשים לשרות אנשים" הינה תפיסתנו.
מחלקת תשלומי ביטוח תעמוד לשרותך למימוש תביעה בעת הצורך מכוח הפוליסה שרכשת.
פקס: 03-7569578, apprep@ayalon-ins.co.il



המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל': 03-9424300 פקס: 03-9620909

תאריך: 01/04/2019
מספרנו: 2019000001299

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

לכבוד

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

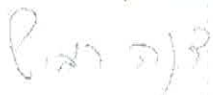
א.ג.ב.,

ת"ד מיום	:	25/05/2018
מס. רכב	:	9255930
שם נפגע/ת	:	פרנץ מתן
שם הפוליסה	:	אופנוע בבעלות פרטית
מספר פוליסה	:	11704420317
שם המבוטח	:	פרנץ מתן
סוג הכיסוי הביטוחי	:	ביטוח חובה

הריני לאשר קבלת מכתבך מיום 31/03/2019.

חשבון מד"א הוסדר ושולם.

בכבוד רב,



דנה חבוש
מחלקת תביעות

לידיעתך, על פי המידע שבידנו ארעה התאונה ביום 25/05/2018.

תביעה בגין פגיעת גוף שנגרמה בתאונת דרכים עליה חל חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה 1975 מתיישנת לפי ס' 5 לחוק ההתיישנות תשי"ח 1958 לאחר 7 שנים ממועד התאונה. במקרה והתובע הינו קטין במועד התאונה לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע 18 שנים וזאת ע"פ ס' 10 לחוק ההתיישנות הנ"ל.

מועד התיישנות תביעה אשר ארעה באיזורים ובשטחים כהגדרתם בפקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש] התשל"ה 1970 הינה ע"פ הדין החל במקום אירוע התאונה. לתשומת ליבך רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מירוח תקופת ההתיישנות.

המאגר הישראלי לביטוחי רכב (ייהפולי)

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל': 03-9424300 פקס 03-9620909

תאריך: 11/03/2019
מספרנו: 2019000001299
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:	ת"ד מיום	25/05/2018 -
	שם נפגע/ת	פרנץ מתן -
	מס. רכב	9255930 -
	שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית -
	מספר פוליסה	11704420317 -
	שם המבוטח	פרנץ מתן -
	סוג הכיסוי הביטוחי	ביטוח חובה -

רצ"ב כתב קבלה ע"ס 7,000 ש"ח לחתימת מרשך ואישורך.

בכפוף להמצאת טופס ההודעה המצ"ב.

ובכפוף לרישיון נהיגה.

נא להחזירו אלינו לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי.

לתשומת לבך: לא יכובדו שטרות המגיעים לחברה באמצעות פקס !!!

הריני להודיעך כי זכותך להשיג על ההחלטה הנ"ל בפני הממונה על פניות הציבור הגב' אוסנת גרוסמן וזאת באמצעות פניה בכתב לכתובת הרשומה לעיל או לפקס שמספרו 03-9519141 או למייל שכתובתו mail@pool.org.il כמו כן זכותך להביא את השגתך בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

בכבוד רב,

ד"ר רחל רגלי

דינה חבוש

מחלקת תביעות

לידיעתך, על פי המידע שבידנו ארעה התאונה ביום 25/05/2018.

תביעה בגין פגיעת גוף שנגרמה בתאונת דרכים עליה חל חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה 1975 מתיישנת לפי ס' 5 לחוק ההתיישנות תשי"ח 1958 לאחר 7 שנים ממועד התאונה. במקרה והתובע הינו קטין במועד התאונה לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע 18 שנים וזאת ע"פ ס' 10 לחוק ההתיישנות הנ"ל.

מועד התיישנות תביעה אשר ארעה באיזורים ובשטחים כהגדרתם בפקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש] התשל"ה 1970 הינה ע"פ הדין החל במקום אירוע התאונה. לתשומת ליבך רק גשת תביעה לבית משפט עוצרת את מירון תקופת ההתיישנות.

דיווח ראשוני על תאונת דרכים

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

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז.	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 במוסד רפואי
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במוסד 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 _____

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל': 03-9424300 פקס: 03-9620909

תאריך: 11/03/2019

כתב קבלה ויתור ושחרור

אני הח"מ פרנץ מתן נושא ת.ז. מס. 200466266 שכתובתי היא חרצית 00000 16 כרמיאל (להלן: "התובע") מאשרת ומצהירה כדלקמן:
הואיל ובתאריך 25/05/2018 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים ב (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.
והואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") (להלן: "המבטח") וכן עם פרנץ מתן (להלן: "המבטחים") לקבלת פיצויים כמפורט להלן וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרשותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר, בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה.

לכן הנני מאשרת ומצהירה ומתחייבת כדלקמן:

- הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבטחים והמבטחים באמצעות פרייברג אריאל, עו"ד הינו סך של 7,000.00 ₪ (שבעת אלפים ש"ח), הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ וחתומי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
- תמורת הסכום וקבלתו הנני מותרת בזה לחלוטין ומוחלת באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד ועל פי חוקים שיתקנו וגם/או יבאו במקום דין הקיים היום או שיוחק בעתיד.
- שטר זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות המבטחים או המבטחים הנ"ל ואין בו הודאה כלשהי בזכותי או כדי להפסיק את מרוץ ההתיישנות בתביעתי במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות הנ"ל באם לא יחתם על ידי לבסוף מסיבה כלשהי.
- הנני מתחייבת לפצות ולשפות את המבטחים והמבטחים או מי מהם, בסכום שלא יעלה על הסכום המצוין בסעיף 1 דלעיל מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה ו/או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד בגין כל תביעת שיבוב שתשולם על ידם לאדם או לגוף שפיצו אותי על נזק עברו קבלתי פיצוי מהמבטחים ו/או מהמבטחים עקב התאונה הנ"ל, למעט הוצאות רפואיות המכוסות במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ובתנאי שיבוצעו במסגרת הרפואה הציבורית.
- מוצהר בזה כי הפיצויים כוללים פיצוי גם בגין הוצאות רפואיות עתידיות שאינני זכאי להן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994, ככל שאני זכאי לפיצוי כזה.
- הנני מצהירה ומתחייבת בזה:
 - התאונה לא ארעה במהלך עבודתי או בדרך מבית לעבודתי או בחזרה מעבודתי לביתי.
 - אין בדעתי לתבוע מהמוסד לביטוח לאומי להכיר בתאונה כתאונת עבודה.
 - לא קיבלתי עד היום תשלום כלשהו מהמוסד לביטוח לאומי בגין התאונה. ידוע לי כי הסכום שישולם לי עפ"י שטר קבלה זה כולל בחוב גם את התקבולים האמורים להשתלם, אם בכלל, ע"י המוסד לביטוח לאומי ושיעורן של הגמלאות הנ"ל לא נוכה מן הסכום שמשלם עפ"י שטר קבלה זה.
 - במידה ותבוא דרישה או תביעה לשפוי מצד המוסד לביטוח לאומי כלפי המבטחים ו/או המבטחים ו/או מי מהם בגין תקבולים או גמלאות מכל סוג שהוא, המשתלמים לי ע"י המוסד הנ"ל בגין התאונה, הנני מתחייבת בזאת לפצות ולשפות את מקבל התביעה או הדרישה מיד עם דרישתו הראשונה, על כל סכום שהוא ידרש לשלם, לרבות הפרשי הצמדה ושכ"ט עו"ד ומע"מ.
 - הנני מאשרת ומצהירה ומסכים/ה בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום, תקבול או גמלה כלשהם בגין התאונה הרי ניתנת בזאת מראש הסכמתי כי יחול עלי האמור בסעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב] התשנ"ה – 1995 וניתנת בזאת מראש רשות מטעמי למוסד לביטוח לאומי לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל, כל זאת מבלי לפגוע בזכויות השפוי שיש כלפי המבטחים ולמבטחים עפ"י שטר קבלה זה.
 - ידוע לי שהביטוח באמצעות המבטח הוא על פי דין ביטוח משותף וכי המבטחות המשתתפות בביטוח זה מפורטות בתעודת ביטוח (להלן: "התעודה"). עוד ידוע לי שחלקה באחריות של כל מבטחת המשתתפת בביטוח המשותף הוא בהתאם לשיעור (באחוזים) הנקוב בתעודה לצד שמה, ואין מבטחת משתתפת אחת אחראית בגין חלקה בחבות של מבטחת משתתפת אחרת. לפיכך, מבטחת שתחדל להיות בת פרעון לפני תשלום הסכום הנקוב בסעיף 1 דלעיל, יגרע חלקה מהפיצוי שישולם לי על פי כתב זה.
 - הנני מצהיר כי, אינני מקבל ואינני עתיד לקבל פנסיה כלשהי מקרן פנסיה בגין התאונה.
 - ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי, הסכמתי והצהרתי דלעיל הסכימו המבטחים והמבטחים לשלם לי את הסכום.
 - במקרה שכתב זה נחתם על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
 - הנני מתחייבת לבטל את תביעתי ב.ת.א.

לראיה באתי על החתום:

היום _____ בחודש _____ שנת _____ חתימה _____
עד לחתימה _____ (שם וכתובת מלאים)
אני החתום מטה _____ עו"ד, מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצוני הטוב והחופשי ואשר הזדהה בפני להנחת דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

תאריך: _____ חתימה _____ עו"ד _____

מס. התביעה: 2019000001299 מס. פוליסה: 11704420317 על שם: _____ פרנץ _____ מתן _____

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טלי: 03-9424300 פקס 03-9620909

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יידשמו פרטיו)

תגדיר

מחשבה

שם פרטי ושם משפחה
מנחם פריד

תאריך 6/3/19

Fax Send Confirmation

Page 1

Date/Time : 04-MAR-2019 17:24 MON
 Model Name : SL-M4070FR
 Machine Serial Number : ZDG9BJFF50001CD
 Host Name : SEC30CDA726F8A4
 Fax Name :
 Fax Number :

No	Name/Number	StartTime	Time	Mode	Page	Result
454	9620909	04-03 17:14	09'46	G3	011/011	OK

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
 RAMAT GAN, 5252204
 Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
 רמת גן 5252204
 טל' 03-7412358 פקס 077-3180983
 10.2.19

מ.ל.ב.
 בפקס

לכבוד
 המאגר הישראלי לביטוחי רכב (הפול")
 מרחוב אצ"ל 1, ת.ד. 17160
 ראשון לציון 75070

ח.כ.

הנדון: תאונה מיום 25.5.18 מס' רכב: 78-510-34
 הנפגע: מתן פרנץ, ת.ז. 200466266
 הסדרת תשלום מד"א

הנני מייצג את מרשי שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. ביום 25.5.18, עת רכב על אופנוע הנוסע מר. 92-559-30 היה מעורב מרשי בתאונה ונחבל בגופו.
2. רצ"ב אישור משטרה, צילום ת"ז, רישיון רכב ותעודת חובה.
3. ממקום התאונה פינה מרשי באמצעות מד"א לבית החולים איכילוב, בתל אביב.
4. רצ"ב סיכום אשפוז ודרישת תשלום למד"א.
5. אודה לעיוונכם במצ"ב, לטיפולכם המסור בהסדרת התשלום ואישורכם בחזור.
6. יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפוליס")

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל': 03-9424300 פקס 03-9620909

תאריך: 10/03/2019
מספרנו: 2019000001299
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.ג.

הנדון:	ת.ד. מיום	25/05/2018 :
שם נפגע/ת	פרנץ מתן	:
מס' רכב	9255930	:
שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית	:
מספר פוליסה	11704420317	:
שם המבוטח	פרנץ מתן	:
סוג הכיסוי הביטוחי	ביטוח חובה	:

מאשרים קבלת מכתבך מיום 06/03/2019.

נבקשך להעביר למשרדנו את כל המסמכים המסומנים כלהלן:
1. טופס הודעה על תאונה לרבות תיאור נסיבות התאונה והאם היה מגע רכב צד ג'.

2. רישיון נהיגה.

מכתבנו זה אינו מהווה הכרה בחבות כלשהי.
רק לאחר קבלת המסמכים המבוקשים נוכל לנקוט עמדה לגבי חבותנו ולטפל בתביעה.

בכבוד רב,



דנה חבוש

מחלקת תביעות

לוט:טופס הודעה

לידיעתך, על פי המידע שבידנו ארעה התאונה ביום 25/05/2018.

תביעה בגין פגיעת גוף שנגרמה בתאונת דרכים עליה חל חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה 1975 מתיישנת לפי ס' 5 לחוק ההתיישנות תש"ח 1958 לאחר 7 שנים ממועד התאונה. במקרה והתובע הינו קטין במועד התאונה לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע 18 שנים וזאת ע"פ ס' 10 לחוק ההתיישנות הנ"ל.

מועד התיישנות תביעה אשר ארעה באיזורים ובשטחים כהגדרתם בפקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש] התשל"ה 1970 הינה ע"פ הדין החל במקום אירוע התאונה. לתשומת ליבך רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מירוח תקופת ההתיישנות.

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל': 03-9424300 פקס: 03-9620909

תאריך : 06/03/2019

מספרנו : 2019000001299

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

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן

בחירת אופן משלוח הודעות בדבר מהלך בירור התביעה

א.ג.נ.,

תאריך האירוע : 25/05/2018
שם הנפגע : פרנץ מתן
מספר הרכב : 9255930
שם הפוליסה : אופנוע בבעלות פרטית
מספר פולסה : 11704420317
שם המבוטח : פרנץ מתן
סוג הכיסוי הביטוחי : ביטוח חובה

ברצוננו להודיעך כי הינך רשאי לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך בכל הקשור למהלך בירור תביעתך.
לצורך כך נבקשך לסמן את בחירתך ולמלא את הפרטים באפשרות המבוקשת על ידך:

☐ פקס שמספרו _____
☐ דואר אלקטרוני שכתובתו _____

יש לציין מס' טלפון סלולארי לקבלת סיסמא לדואר מאובטח _____.

במידה ולא תשיב על מסמך זה- יועברו אליך התכתובות באמצעות הדואר כפי שנעשה עד כה.

בכבוד רב,

מחלקת תביעות

לידיעתך, על פי המידע שבידנו ארעה התאונה ביום 25/05/2018.

תביעה בגין פגיעת גוף שנגרמה בתאונת דרכים עליה חל חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה 1975 מתיישנת לפי ס' 5 לחוק ההתיישנות תשי"ח 1958 לאחר 7 שנים ממועד התאונה. במקרה והתובע הינו קטין במועד התאונה לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע 18 שנים וזאת ע"פ ס' 10 לחוק ההתיישנות הנ"ל.
מועד התיישנות תביעה אשר ארעה באיזורים ובשטחים כהגדרתם בפקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש] התשל"ה 1970 הינה ע"פ הדין החל במקום אירוע התאונה. לתשומת ליבך רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מירוח תקופת ההתיישנות.

תאריך: 06/03/2019

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל': 03-9424300 פקס: 03-9620909

מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור

המאגר הישראלי לביטוחי רכב (להלן "הפול" או "החברה") מתכבד להציג את מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות, וזאת מכח סעיף 4 לחוק גופים מוסדיים מס' 9-2016 מיום 5 ביולי 2016 של הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון (להלן "מערכת הכללים" או "הכללים").

א. הגדרות:

- (1) **תביעה:** דרישה בכתב מאת "הפול" למימוש זכויות תנאי פוליסת הביטוח או לפי הוראות הדין הרלוונטי אשר הוגשה החל מ- 01/03/2012.
- (2) **תובע:** מי שהגיש תביעה ל"הפול" בשל נזק גוף, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי "הפול" להפרע את הטבת הנזק כאמור. תביעה שתברר לפי מערכת הכללים שתהיה תקפה במועד הגשתה.

ב. מסמכים ומידע לצורך בירור התביעה (סעיף זה לא יחול על תביעה שהוגשה לבית המשפט)

1. עם קבלת התביעה מצד תובע תשלח "הפול" בהקדם האפשרי ממועד הדרישה העתק ממערכת כללים זו, מסמך בו יפורט הליך בירור התביעה, הנחיות בדבר אופן הפעולות, המסמכים והמידע הנדרשים ממנו, טופס הגשת תביעה בצירוף הנחיות למילוי ("להלן הטופס") וכן הודעה על תקופת ההתיישנות שחלה על תביעתו. "הפול" תהיה פטורה ממשלוח המסמכים כאמור אם התובע הפיק מסמכים אלה מאתר האינטרנט של "הפול" או קיבלם בדרך אחרת.
2. עם קבלת טופס התביעה הממלא בצירוף הנספחים הנדרשים בו, תשלח "הפול" לתובע בהקדם האפשרי הודעה בכתב, בה יצוינו המסמכים שהתקבלו, מועד קבלתם, ופירוט המידע והמסמכים שטרם הומצאו על ידי התובע. כל מסמך או מידע נוסף שיידרש ל"פול" מאת התובע יתבקש ממנו לא יאוחר מ- 14 ימי עסקים מהיום שהתברר הצורך בו.
3. "הפול" לא תדרוש מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם אלא אם כן יש לה יסוד סביר להניח כי הם נמצאים בידו.

ג. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו (סעיף זה לא יחול על תביעה שהוגשה לבית המשפט).

תוך 30 יום מהיום בו הגיעו לידי "הפול" כל המידע והמסמכים שנדרשו, תישלח לתובע הודעה על תשלום מלא או חלקי או על המשך בירור או הודעת פשרה או דחיתה של התביעה בצירוף הנימוקים לדחיה.

ד. הודעת תשלום

במידה ויוחלט על תשלום תביעה תימסר לתובע או לבא כוחו במועד התשלום הודעה בכתב שתכלול, בין השאר, התייחסות לעילת התשלום, בצירוף כל הפרטים הרלוונטיים על אופן החישוב של סכום התשלום.

ה. הודעה על תשלום חלקי

היה ויוחלט על תשלום חלקי או תשלום על חשבון ("תשלום תכופי") תפעל החברה כאמור בסעיף ד' בשינויים המתחייבים.

ו. הודעת פשרה (סעיף זה לא יחול על תביעה אם התובע מיוצג ע"י עו"ד).

הודעת פשרה תוצע לתובע בגבולות הסבירות, בכתב, ואלה יצורפו שטרי קבלה ופטור לחתימתו. כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה היא לא תחייב את הצדדים.

ז. הודעת דחייה

החליטה "הפול" לדחות התביעה תשלח לתובע הודעת דחייה בה תנמק את סיבות הדחייה ואת תנאי הפוליסה או הדין עליו מסתמכת הדחייה.

ח. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור (סעיף זה לא יחול על תביעה שהוגשה לבית המשפט)

סברה החברה במהלך המו"מ עם התובע, כי דרוש לה זמן נוסף לשם ברור התביעה, תמסור לו הודעה בכתב על כך, בה תפרט הסיבות לכך, לרבות המסמכים הנוספים הנדרשים ממנו לשם בירור התביעה. זאת תעשה כל 6 חודשים לפחות עד לתשלום התביעה או דחייתה.

פנה התובע לערכאות משפטיות, או לא הגיב התובע על שתי הודעות כאמור, בהן דרישה למידע או מסמך, פטורה "הפול" מחובתה לשלוח הודעות המשך בירור נוספות ובלבד שבהודעה האחרונה ציינה כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.

ט. הודעה בדבר התיישנות התביעה

1. הודעת תשלום או דחיה או הודעה ראשונה של המשך בירור תכלול פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת ההתיישנות בתביעה בהתאם להוראות הדין, וכן יצוין ככלל, כי הגשת התביעה ל"הפול" אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות אלא רק הגשת התביעה לבית המשפט.
2. הודעה הנשלחת לתובע על ידי "הפול" בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, תכלול פסקת ההתיישנות האמורה בסעיף 1ט, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
3. במקרה של אי ביצוע האמור בסעיף 1ט הנ"ל לא תובא במניין תקופת ההתיישנות תקופת הזמן שבין המועד הראשון, שבו היה על "הפול" לתת הודעה, ובה פסקת ההתיישנות כאמור, לבין מועד שבו ניתנה בפועל. האמור בסעיף זה יחול רק לגבי ההפרה הראשונה מצד "הפול".
4. במקרה של אי ביצוע האמור בסעיף 2ט הנ"ל, יראו את "הפול" כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה, בשנה האמורה, לבין המועד שבו נשלחה הודעה שבה כללה פסקת התיישנות כולל מועד ההתיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. סעיף זה יחול רק לגבי ההפרה הראשונה של "הפול", במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות.

י. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה (סעיף זה לא יחול על תביעה שהוגשה לבית המשפט)

"הפול" תכלול בהודעת תשלום או דחייה פסקה שתצוין בהבלטה את זכויות התובע להשיג על ההחלטה בפני הממונה על פניות הציבור שלה, כולל פרטיו ואופן הפניה אליו, או בפני ערכאה שיפוטית או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

יא. בדיקה מיוחדת של זכאות לקבלת תשלומים עיתיים

- "הפול" רשאית לבדוק בכל עת זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים לרבות השבת סכומים ששולמו ביתר.
- בחינת זכאותו של תובע כאמור תיעשה לפי שיקול דעתה של "הפול" וע"פ הכללים שלהלן:
- א. "הפול" לא יפסוק ולא יקטין התשלומים העיתיים בשל הבדיקה המיוחדת אלא לאחר שהודיע לתובע על כך 30 יום מראש ולא יותר מ- 60 יום מראש על השינוי.
 - ב. התובע לא ישא בעלויות בדיקה כאמור.
 - ג. הודעת השינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת "הפול" כדי להקטין או להפסיק התשלומים.
 - ד. בדיקה מיוחדת של הזכאות תיעשה כל אימת שהפול תמצא כי חל שינוי המצדיק את הקטנת התשלומים או הפסקתם, ובין היתר פטירת התובע, שיפור או הטבה במצבו הרפואי, קבלת מידע על מצג שווא בעת קביעת התשלום או שינוי במצב המשפטי הן

בחוק והן בפסיקה לעניין תשלומים עיתיים.

יב. חוות דעת מומחה

החברה יכולה לפנות להיוועצות עם מומחה פנימי שלא עולה כדי חוות דעת. היוועצות זו תתועד בתיק התביעה.

יג. מתן תשובות וטיפול בפניות הציבור

ה"פול" תשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטח או תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר ב"פול", תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

יד. מתן העתקים

1. ה"פול" תמסור לתובע לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה, בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
2. היה התובע צד שלישי – תפנה אותו לנוסח הפוליסה המצוי באתר האינטרנט שלה.
3. "הפול" תמסור לתובע לפי בקשתו העתקים מכל מסמך עליו הוא חתום, או שנמסר לה על ידו, או שהתקבל אצלה מכח הסכמתו, וזאת בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

טו. תחולה

מערכת כללים זו תחול על תביעה שהוגשה ל"פול" החל מ- 1/3/12 ותהיה בתוקף כל עוד לא שונתה כדין על ידי הרשות המוסמכת.

טבלת השוואה בין המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור לבין המועדים והתקופות שנקבעו על ידי הגוף המוסדי

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר	המועד או התקופה לתביעה בפול
8 (א) (7)	דרישה מידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8 (ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים	30 ימים
8 (ו) (3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 180 ימים	כל 180 ימים
8 (ט) (6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים	30-60 ימים
8 (יב) (2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8 (יג) (1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8 (יד)	מענה לפניית ציבור	30 ימים	30 ימים
8 (טו) (1)	מסירת העתקים מפוליסה או תקנון	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8 (טו) (3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים

המאגר הישראלי לביטוחי רכב (י"הפול")

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל': 03-9424300 פקס 03-9620909

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

נותן בזה רשות מרפאות בריאות הנפש יפ"א לשלישות הראשית בר"ג – צה"ל ולכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאיהם, עובדיהם 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 השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים 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 השרותים 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 השרותים 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 ולהפניקס חברה לביטוח ולמנוחה חברה לביטוח בע"מ ולמגדל חברה לביטוח בע"מ ולאליהו חברה לביטוח בע"מ ולמנוחה חברה לביטוח ו/או להכשרת היישוב חברה לביטוח בע"מ ולביטוח חקלאי חברה לביטוח בע"מ ולביטוח ישיר חברה לביטוח בע"מ ולאיילון חברה לביטוח ולכלל חברה לביטוח ולאריה חברה לביטוח בע"מ ולאורס חברה לביטוח בע"מ ולסהר חברה לביטוח ול- AIG חברה לביטוח ו/או לשירביט חברה לביטוח ו/או לשומרה חברה לביטוח ו/או לציון חברה לביטוח ו/או להדד חברה לביטוח ו/או דולב חברה לביטוח ולקרנית למסור מידע 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. _____

מכונים, מעבדות: _____ 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	עד לחתימה	חתימה
	חתימת העד + חותמת + ת.ז.	(במקרה של קטין – חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")
רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל: 03-9424300 פקס: 03-9620909

דיווח ראשוני על תאונת דרכים

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

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז.	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 במוסד רפואי
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במוסד 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
_____	_____	_____

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפוליס")

רח"א צ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל': 9424300-03 פקס 9620909-03

תאריך : 06/03/2019
מספרנו: 2019000001299

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

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

א.ג.ג.,

הנדון: ת.ד. מיום : 25/05/2018
מס' רכב : 9255930
שם נפגע/ת : פרנץ מתן
שם הפוליסה : אופנוע בבעלות פרטית
מספר פוליסה : 11704420317
שם המבוטח : פרנץ מתן
סוג הכיסוי הביטוחי : ביטוח חובה

מאשרים קבלת המסמכים הבאים

תאור
אישור משטרה
וסר חתום
יפוי כוח
ת.חובה/תיק פוליסה
תיעוד רפואי
מכתב ב"כ: דרישה ראשוני
צילום ת"ז

בכבוד רב,
מחלקת תביעות

לידיעתך, על פי המידע שבידנו ארעה התאונה ביום 25/05/2018.

תביעה בגין פגיעת גוף שנגרמה בתאונת דרכים עליה חל חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה 1975 מתיישנת לפי ס' 5 לחוק ההתיישנות תשי"ח 1958 לאחר 7 שנים ממועד התאונה. במקרה והתובע הינו קטין במועד התאונה לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע 18 שנים וזאת ע"פ ס' 10 לחוק ההתיישנות הנ"ל.
מועד התיישנות תביעה אשר ארעה באיזורים ובשטחים כהגדרתם בפקודת ביטוח רכב ממנוי [נוסח חדש] התשל"ה 1970 הינה ע"פ הדין החל במקום איחוד התאונה. לתשומת ליבך רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מירון תקופת ההתיישנות.

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל': 03-9424300 פקס 03-9620909

תאריך : 06/03/2019
מספרנו: 2019000001299

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

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

א.ג.נ.,

הנדון: ת.ד. מיום
שם נפגעת/ שם הפוליסה
מספר פוליסה
שם המבוטח
סוג הכיסוי הביטוחי

25/05/2018 :
פרנץ מתן :
אופנוע בבעלות פרטית :
11704420317 :
פרנץ מתן :
ביטוח חובה :

מאשרים קבלת מכתבך. על מנת שנוכל לטפל בפנייתך,
נבקשך להעביר למשרדנו את כל המסמכים המסומנים כלהלן:

תאריך דרישה	תאור
06/03/2019	טופס הודעה על התאונה לרבות תיאור נסיבות התאונה והאם היה מגע עם רכב צד ג'
06/03/2019	קבלות בגין תיקון הרכב ו/או תמונות הנזק לרכב
06/03/2019	אישור המוסד לביטוח לאומי על דמי פגיעה ששולמו
06/03/2019	אישור המעביד על היעדרות מהעבודה ואי תשלום שכר בתקופה זו
06/03/2019	רשיון נהיגה
06/03/2019	צילום רשיון רכב
06/03/2019	תיק משטרה/עדות הנפגע
06/03/2019	תלושי שכר
06/03/2019	תצהיר בריאות
06/03/2019	תמונת צלקת עדכנית אשר צולמה בעת האחרונה ליד כותרת עיתון בציון תאריך צילום

מכתב זה אינו מהווה הכרה בחבות כלשהי.

רק לאחר קבלת המסמכים המבוקשים נוכל לנקוט עמדה לגבי חבותנו ולטפל בתביעה.

בכבוד רב,
מחלקת תביעות

לידיעתך, על פי המידע שבידנו ארעה התאונה ביום 25/05/2018.

תביעה בגין פגיעת גוף שנגרמה בתאונת דרכים עליה חל חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה 1975 מתיישנת לפי ס' 5 לחוק ההתיישנות תשי"ח 1958 לאחר 7 שנים ממועד התאונה. במקרה והתובע הינו קטין במועד התאונה לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע 18 שנים וזאת ע"פ ס' 10 לחוק ההתיישנות הנ"ל.

מועד התיישנות תביעה אשר ארעה באיזורים ובשטחים כהגדרתם בפקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש] התשל"ה 1970 הינה ע"פ הדין החל במקום אירוע התאונה. לתשומת ליבך רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מירוצי תקופת ההתיישנות.

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

10.2.19

מ.ל.ב.
בפקס

לכבוד
המאגר הישראלי לביטוחי רכב (הפול")
מרחוב אצ"ל 1, ת.ד. 17160
ראשון לציון 75070

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 25.5.18 מס' רכב: 78-510-34
הנפגע: מתן פרנץ, ת.ז. 200466266
הסדרת תשלום מד"א

הנני מייצג את מרשי שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. ביום 25.5.18, עת רכב על אופנוע הנוסע מ.ר. 92-559-30 היה מעורב מרשי בתאונה ונחבל בגופו.
רצ"ב אישור משטרה, צילום ת"ז, רישיון רכב ותעודת חובה.
2. ממקום התאונה פונה מרשי באמצעות מד"א לבית החולים איכילוב, בתל אביב.
רצ"ב סיכום אשפוז ודרישת תשלום למד"א.
3. אודה לעיונכם במצ"ב, לטיפולכם המסור בהסדרת התשלום ואישורכם בחוזר.
*יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,


אריאל פרייברג, עו"ד