



ביטוח • חובה • שיורי

28/07/2025

תאריך :

2025000004161

מספרנו:

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

לכבוד

פרייברג אריאל ע"ד
 דרך אבא הלל 7
 רמת-גן 0000000

א.ג.ג.,

23/05/2023	:	ת"ד מיום
56764301	:	מס. רכב
פרנץ מתן	:	שם נפגע/ת
אופנוע בבעלות פרטית	:	שם הפוליסה
12207603522	:	מספר פוליסה
פרנץ מתן	:	שם המבוטח
ביטוח חובה	:	סוג הכיסוי הביטוחי

התאונה הוכרה ע"י המלל.
 נמתין לדמ"פ +ט. הודעה .

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

בכבוד רב,

דנה חבוש
 מחלקת תביעות

לידיעתך, על פי המידע שבידנו ארעה התאונה ביום 23/05/2023.

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 והתבע הינו קטין במועד התאונה לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתבע 18 שנים וזאת ע"פ ס' 10 לחוק ההתיישנות הנ"ל.

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

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



תאריך : 28/07/2025
מספרנו : 2025000004161
מספרך :

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

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

א.ג.ב.,

הנדון :	תאונת דרכים מיום	23/05/2023 :
תיק אזרחי		338280625 :
בית משפט	בימ"ש שלום - כפר סבא	
שם נפגעת/ת	פרנץ מתן	
רכב מס'	56764301	
שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית	
מספר פוליסה	12207603522	
שם המבוטח	פרנץ מתן	
סוג הכיסוי הביטוחי	ביטוח חובה	

אנו מאשרים קבלת התביעה שבנדון.
אודה על קבלת ארכה להגשת כתב הגנה אשר יוגש מטעמנו, במידת הצורך, תוך 30 יום ממועד קבלת דרישה בכתב.

על מנת שנוכל לגבש עמדתנו אבקשך להעביר את המסמכים הבאים:
1. טופס ההודעה על תאונה הרצ"ב.
2. אישור המל"ל על הכרתם בתביעה ואישור על דמי הפגיעה ששולמו לנפגע.
3. אישור משטרה.

מכתבנו זה אינו מהווה הכרה בחבות כלשהי.

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

בכבוד רב,

דנה חבוש
מחלקת תביעות



דיווח ראשוני על תאונת דרכים

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

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז	מס' טלפון	נייד

סוג רכב: ☐ אופנוע ☐ רכב ☐ אחר _____

פרטי הנהג (בזמן האירוע) *חובה לצרף צילום ת.ז, צילום רישון 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' רישון	תאריך הוצאת רישון	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 הנדק 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 _____