

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date &Time	20-01-2026 17:03:29	תאריך ושעה
Pages	4	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

הפול



ביטוח • חובה • שיוור

תאריך : 20/01/2026
מספרנו : 2026000000182
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	20/03/2025 :
תיק אזרחי		892521225 :
בית משפט	בימ"ש שלום - ראשל"צ	
שם נפגעת/ת	פרייזלר יעקב	
רכב מס'	87187203	
שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית	
מספר פוליסה	762401165024	
שם המבוטח	כהן שלומי	
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. טופס ויתור על סודיות הרצ"ב - מלא וחתום במקור.
 3. אישור המל"ל על הכרתם בתביעה ואישור על דמי הפגיעה ששולמו לנפגע.
 4. טופס פינוי ע"י מד"א.
- אבקשך להמציאנו פירוט המסמכים המבוקשים לעיל,
סטטוס התביעה במל"ל ודרישתך לסילוק.

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,

ספי סבן, עו"ד
מחלקת תביעות



דיווח ראשוני על תאונת דרכים

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

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' 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 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 _____



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ויישמו פריטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
יחוב	מספר	עיר	מיקוד
מלפון			
נותן בזה ישות למיפאות בריאות הנפש. לבצה"ל כולל השלישיות הראשית ולכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאה, עובדיה 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 הסיעודי למסור להבטת הפול ו/או למי שמציג כתב הרשאה מטעמה לאיסוף מידע (להלן: "המבקשים") את כל הפיטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידישו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הפסיכולוגי 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 חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים 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 השירותים 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 ולפניקס חברה לביטוח ולמנוחה חברה לביטוח בע"מ ולמגדל חברה לביטוח בע"מ ולאלהיו חברה לביטוח בע"מ ולמנוחה חברה לביטוח ו/או להכשרת היישוב חברה לביטוח בע"מ ולביטוח חקלאי חברה לביטוח בע"מ ולביטוח ישרי חברה לביטוח בע"מ ולאיילוף חברה לביטוח ולכלל חברה לביטוח ולאריה חברה לביטוח בע"מ ולאורט חברה לביטוח בע"מ ולסחר חברה לביטוח ול AIG חברה לביטוח ו/או לשירותי חברה לביטוח ו/או לשומרה חברה לביטוח ו/או לציון חברה לביטוח ו/או להדר חברה לביטוח ו/או דולב חברה לביטוח ולקרנית למסור מידע לתאגיד הפול 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 האב: _____ ת.ז. _____ שם האב: _____ ת.ז. _____

תאריך _____ עד לחתימה _____ חתימה _____ (במקרה של קטין חתימת האפוטרופוס)

ייפוי כח

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

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____