

ABA HILLEL 7 ST, RAMAT GAN

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983



אריאל פרייברג
משרד עורכי דין

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

פקס 077-3180983 03-7412358 טל'

19.3.23

לכבוד

עו"ד סמואל שגב אשכנזי

המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול

באמצעות דוא"ל

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.

הנדון : ת"ד מיום 2/2/21 מס' רכב : 65284601

מס' תביעה : 2023000000824

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 13.3.23 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן :

1. מצ"ב טופס הודעה על תאונה מלא וחתום על ידי מרשי.
2. אין המדובר בתאונת עבודה.
3. מרשי עובד בגוף בטחוני בתפקיד מבצעי והרכב כמו גם הביטוח שייכים ובוצעו ע"י הגוף הבטחוני האמור.
4. נוכח התיעוד הרפואי שצורף לכתב התביעה אודה לקבלת שמות מומחים רפואיים מוסמכים לבדיקת מרשי ולקביעת נכותו כתוצאה מהתאונה.

בכבוד רב ובה"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

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
א.א.ב. קונסולין	65284601	204-11901051221	500432604		
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
עזר בנאי	הע"ל 43, בית דן		039604016	0507997237
תאריך לידה של הנהג	מס' זהות	מס' רישיון	תאריך הוצאת רישיון	מקום עבודה וכתובתה
14.05.1993	204518435	9190756	2011	

☐ הרכב בבעלותי	☐ הרכב בבעלות מעבידי	☐ השכרה	☒ בבעלות אחר
---------------------------------------	---	--------------------------------	--

פרטי הנפגעים:

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במוסד רפואי
עזר בנאי	204518435	הע"ל 43, בית דן	0507997237	1993	כן
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?
02.02.2021	14:20	ת"א	כן (לא)	כן (לא)
****תיאור התאונה, לרבות האם היה מגע פיזי בין הרכבים:				
במהלך רכיבה בת"א בדרך הע"ל 43, רכב נסע בי במוסד רפואי				
מאחור.				
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
ספיר רוס	4727612	תאג' 2, חיפה	עמרה	7302335922/20	

אני הח"מ	עזר בנאי	מצהיר בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.
תאריך	19/03/23	חתימת המבוטח
		חתימת הנהג