

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

8/12/21

לכבוד

עו"ד ענבר שרעבי

שלמה חברה לביטוח בע"מ

מחלקת תביעות חובה

בדוא"ל

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.,

הנדון : תאונה מיום 14.4.20

רכב מס': 423-78-301

הנפגעת: אילה גולן, ת.ז. 043592773

מס' תביעה: 211000004347

1. מצ"ב כתב קבלה ע"ס 13,000 ש"ח חתום על ידי מרשתי.
2. כן, מצ"ב דף פרטי ח"ן וצילום המחאה.
3. אודה לעיוןך וטיפולך המסור בביצוע העברה בנקאית לפקודת הח"מ.


בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד



סודי - רגיש

תאריך: 07/12/2021

מבלי להודות בכיסוי הביטוחי

מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

תביעה מספר: 211000004347

ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

סוג ביטוח: חובה
מס פוליסה: 110347836319

כתב קבלה סופי בגיר

1. אני הח"מ גולן אילה נושא ת.ז. 43592773 (להלן: "התובע") מאשר/ת בזאת הסכמתי לקבל מאת שלמה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטחת") סך כמפורט בסעיף 1 שלהלן הכולל שכ"ט ע"ד ומע"מ (להלן: "הסכום"), אשר יועבר לידי בא כוחי, בגין תאונת דרכים אשר ארעה לטענתי ביום 14/04/2020 (להלן: "התאונה").

חתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמתי זו.

מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 14/04/2020 ארעה תאונת דרכים בה הייתי מעורב לטענתי ב/מ רכב מספר רישוי _____ (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים. הואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המבטחת ועם שלמה חברה לביטוח בע"מ וגם/או עם הנתבעים (להלן: "הנתבעים") לקבל פיצויים כמפורט להלן, וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות לטענתי במישרין או בעקיפין מהתאונה.

לכן, הנני מאשר ומצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. אקבל מאת המבטחים והמבטחים והנתבעים (להלן: "הנתבעים") סך של 13,000 ₪ (במילים: שלושה עשר אלף ₪) הכולל שכ"ט ע"ד + מע"מ ואגרת משפט (להלן: "הסכום") באמצעות בא כוחי וחתימתי על כתב זה מהווה אישור לקבלת הסך הנ"ל.
2. תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר בזה לחלוטין ומוחל 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 כל חיקוק שיתוקן ו/או יוחק, אין לי ולא תהיינה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי המבטחים ולא המבטחים ולא הנתבעים (להלן: "הנתבעים") או מי מטעמם. לרבות הפרשי הצמדה וריבית בהתאם לסעיף 28 לחוק חוזה הביטוח.
3.
 - א. אין במשלוח כתב הקבלה משום הודאה בזכותו של התובע/ת או כדי להפסיק את מירוח התיישנות בתביעותו של התובע במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות תשי"ח – 1955.
 - ב. הסכום כולל תביעות מיטיבים למיניהם, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פיצוי בגין הוצאות רפואיות ודמי אשפוז כפוף לסעיף 4 להלן.
4. ידוע לי כי הפיצויים על פי כתב קבלה זה מבוססים על כך שהתאונה אינה מהווה תאונת עבודה. במקרה בו מדובר בתאונה שהינה תאונת עבודה אז יחולו הסעיפים 5 ו 6 להלן:

פרטי התקשרות מח' חובה: פקס 03-6032693 מייל Tviot.hova@shlomo-bit.co.il טלפון 03-7181444



5. הנני מצהיר ומתחייב כי לא פניתי ולא אפנה בדרישות מכל סוג למוסד לביטוח לאומי, הכרוכות או הנובעות מהתאונה ו/או הנזקים שנגרמו לי ממנה, וזאת מעבר לגמלאות ו/או לקצבאות המפורטות בסעיף 6 להלן.
6. אם אפר התחייבות זו ובכל זאת אגיש דרישה וגם/או תביעה למוסד לביטוח לאומי בקשר לתאונה זו ואקבל פיצוי ולא גמלה ולא כל קצבה מהמוסד לביטוח לאומי בקשר עם תאונה זו (דמי פגיעה/גמלאות נכות עבודה/קצבה מיוחדת/קצבת ניידות/קצבת נכות כללית/שרותים מיוחדים/דמי שיקום/גמלת סיעוד/קצבת תלויים/קצבת שארים/ אחר) הנני מתחייב לפצות ולשפות את המבטחת ולא המבוטחים ולא הנתבעים או מי מטעמם וכל אחד מהם לחוד מיד עם דרישתם הראשונה על ונגד כל תביעה או דרישה שתוגש נגדם או נגד כל מי מהם, עד לגובה הסכום המשולם לי על פי כתב קבלה זה, בצירוף הפרשי הצמדה וריבית כחוק, לרבות ההוצאות המשפטיות, ריבית ושכ"ט שיידרשו לשלם, לכל אדם או גוף למעט כל תשלום וכל הוצאה בגין שירותים רפואיים שקיבלתי או אקבל בעתיד הכלולים בסל הבריאות לפי חוק בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 והנובעים מהתאונה, ככל שהחבות לשאת בתשלומים אלה חלה על המבוטחים ולא המבטחים ולא הנתבעים על פי כל דין אך לרבות תשלומים שהמבטחים ולא המבוטחים ולא הנתבעים ישלמו בעתיד בגין שירותים רפואיים שקיבלתי ושהנני עתיד לקבל ואשר אינם כלולים בסל הבריאות, ולמעט תגמולי המל"ל הנזכרים לעיל.
7. הנני מאשר ומסכים בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום תקבול או גמלה כלשהי בגין התאונה מעבר לאמור בסעיף 5 ו-6 לעיל 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 לחוק הביטוח הלאומי, כל זאת מבלי לפגוע בזכויות השיפוי שיש למבוטחים ואם/או למבטחים וגם/או לנתבעים, כלפי על פי כתב קבלה זה.
8. מוסכם בין הצדדים כי כתב קבלה זה מבטא הסכמות הדדיות על דרך הפשרה מבלי שהדבר יתפרש כהודאה בזכויות ולא מקצתן בנוגע לחבות בניזיקין ולכיסוי הביטוחי ולראשי הנזק הנתבעים.
9. המבטחת תפעל להמצאת התשלום תוך 30 ימים מיום קבלת כתב קבלה חתום מקור.
10. באם ההסכמות שגובשו והסדר הפשרה כמפורט בכתב קבלה זה, לא תחתמנה על ידי הצדדים, יראו את השטר כבטל ומבוטל ולא יראו באמור בו בגדר הודאה במקצת הזכויות לצורך מירוך ההתיישנות וכל מטרה אחרת.
11. מוסכם בין הצדדים לכתב קבלה זה כי ההסכמות הגלומות בו על דרך הפשרה מתייחסות לצדדים עצמם ואין בהם כדי להוות לצד שלישי שאינו צד להסכמות עילה להסתמך על ההסכמות.
12. במקרה שכתב קבלה זה נכתב על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים מאשרים ומצהירים את כל האמור לעיל כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
13. האמור במסמך זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משתמע.
14. במידה והגשתי תביעה לבית המשפט בקשר עם התאונה נשוא שטר הקבלה, הנני מתחייב/ת בהתחייבות בלתי חוזרת לנקוט פעולות המתחייבות לדחיית התביעה.
15. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו המבוטחים וגם/או המבטחים וגם/או הנתבעים לשלם לי את הסכום.

ולראיה באתי על החתום:

שם מלא אילן אל חתימה אילן אל תאריך 8.12.21

אני הח"מ אילן אל עו"ד, מאשר בזה כי הנ"ל הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצונו הטוב והחופשי ואשר הזדהה בפני להנחת דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

מ"י דש"ן
62254

תאריך: 8.12.21 חתימה+ חותמת עו"ד:

פרטי התקשרות מ' חובה: פקס 03-6032693 מייל Tviot.hova@shlomo-bit.co.il טלפון 03-7161444



שכמה ביטוח

הוראה לביצוע העברה בנקאית

נא רשום מס' התביעה בשלמה ביטוח:

אני הח"מ, בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר טלפון נייד	אירוע מיום
כהירא	אריאל	066630930	054-6544400	14/4/20
כתובת מלאה	רכב מספר רישוי			
	איל היל ד, ה			

מבקש ומאשר בזאת להעבר את תגמולי הביטוח באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

שם בעל החשבון	מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)
ד"ר אריאל כהירא	066630930
שם הבנק	מס' הבנק
א/ר החיל	14
שם הסניף	מס' סניף
פת	317
	מס' חשבון
	133470

ידוע לי שאין בהסכמתו זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח כפי שנדרשו על ידנו. ידוע לי שאין במסמך זה משום התחייבות של חברת הביטוח להעביר את תגמולי הביטוח באמצעות העברה בנקאית. תשומת לבך מופנית לכך, כי בהתאם לדין ובכפוף להוראותיו, תקופת ההתיישנות, לצורך הגשת תביעה בהתייחס לאירוע הנדון, הינה, למבוטח החברה, 3 שנים ממועד האירוע ולתובע צד ג', 7 שנים ממועד האירוע. עצם הגשת הדרישה ו/או מילוי טופס זה אינם עוצרים את מרוץ תקופת ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית המשפט עושה כן.

תאריך 8.12.21 שם בעל החשבון אריאל כהירא חתימת בעל החשבון

**חובה לצרף תצלום של המחאה מבוטלת או אישור הבנק
לצורך אימות פרטי החשבון**

פרטי התקשרות מח' חובה: פקס 03-6032693 מייל Tviot.hova@shlomo-bit.co.il טלפון 03-7181444

אוצר החייל

מקבוצת הבינלאומי

סניף 317 כפר גנים

קניון גנים - העצמאות 65, פתח תקוה, טל' 03-9780200

0629538 14 31700 409133470

למוטב בלבד

פרייברג אריאל ת.ז. 066630930
ויצמן 21 דירה 2, תל אביב - יפו 6423920
טלפון: 0546544930

PAY TO

ש

13/04/17 - ב

שלמו ל

N.I.S.

ש

SIGNATURE

חתימה

DATE

תאריך

בשיק זה אין לבצע שינוי לאחר שנכתב,
למעט שינוי תאריך או סכום.

CHEQUE No. מס' השיק

BRANCH No. מס' הסניף

ACCOUNT No. מס' החשבון

בנק אוצר החייל בע"מ. BANK OTSAR HAHAYAL LTD.