

לכבוד

שטר פיטורין והסכם סופי מלא

- הואיל ואני הח"מ, מס' ת.ז. [REDACTED], בוטחתי [REDACTED] חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") בפוליסת ביטוח חיים מספר [REDACTED] (שתקרא להלן: "הפוליסה"), הכוללת בין היתר נספח מספר 446 (שיקרא להלן "נספח אובדן כושר עבודה");
- והואיל וטענתי לזכאותי על-פי הפוליסה ונספח אובדן כושר עבודה עקב מצבי הרפואי ארוע מיום 01/08/2009 (להלן: "המצב" הרפואי);
- והואיל ונתגלעו חילוקי דעות ביני לבין החברה בנוגע לזכויותי על פי הפוליסה והנספח וכתוצאה מכך תבעתי את החברה (להלן: "התובענה");
- והואיל ובאתי להסכם סופי וגמור עם החברה לפיצוי לפנים משורת הדין על מקרה המצב הרפואי וזה לכיסוי גמור וסופי, מלא וכולל של כל תביעותיי ודרישותיי על פי נספח אובדן כושר עבודה, ללא יוצא מן הכלל, כמפורט להלן:

אי לכך הריני מאשרת, מצהירה ומתחייבת בזה כדלקמן:

קיבלתי היום מאת החברה התחייבות כדלקמן:

1. הפוליסה תחודש כפוליסת פרט והגבי [REDACTED] תקבע כמבוטחת בפוליסה.
2. ישולם סכום כולל של 79,421.62 ₪ (שבעים ותשעה אלף ארבע מאות עשרים ואחת שי"ח שישים ושתיים אגורות) (להלן: "הסכום"), לידי בא כוחי עו"ד כפיר דיין דובב, תוך 30 יום מחתימתי על כתב זה ומסירתו לידי החברה, וזה לכיסוי גמור, סופי ומלא של כל תביעותיי ודרישותיי כולן בלא יוצא מן הכלל על-פי נספח אובדן כושר עבודה, וביחס לכל הקשור ו/או הנובע במישרין ו/או בעקיפין למצב הרפואי. הנני מצהיר שעם קבלת הסכום אין לי ולא תהיינה לי ולשום אדם ו/או גוף זולתי טענות, תביעות או דרישות כלשהן כלפי החברה, בכל הקשור והנוגע במישרין או בעקיפין למצב הרפואי ו/או לנספחי אובדן כושר עבודה. הסכום מהווה פיצוי בגין תקופת אובדן כושר עבודה מיום 01/11/2009 (להלן: "יתום תקופת המתנה") ועד ליום 31/08/2010 צמוד למדד נוכחי 12318 נקי.
3. מסכום זה ינוכה לי חוב פרמיות כמפורט להלן:
א. בגין חידוש הפוליסה מיום ביטולה ב-01/1/2008 ועד ליום 31/10/2009 בסך של 2640 ש"ח.
ב. בגין חוב פרמיה מיום 01/09/2010 ועד ליום 31/07/2013 בסך 5892 ש"ח.
4. ישולם שכ"ט עו"ד בשיעור 15% כולל מע"מ 18% בסך 14057.59 ש"ח.
5. התשלום המפורט לעיל, כולל כיסוי מלא, סופי ושלם לכל תביעותיי ו/או תביעות כל אדם ו/או גוף זולתי על-פי נספח אובדן כושר עבודה ועם קבלת הסכום הנני מוותרת בזה לחלוטין על כל תביעותיי הנ"ל ומבטלן ביטול מוחלט, סופי ובלתי חוזר, והנני משחררת בזה את החברה וכן כל אדם ו/או גוף משפטי אחר המופיע בשמה ומכוחה מכל אחריות שהיא, כלפי וכלפי כל אדם ו/או גוף זולתי, בכל הקשור והנוגע לחבותה על פי הפוליסה דלעיל.

[REDACTED]



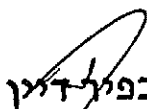
6. ידוע לי כי תשלום הסכום בגין אובדן כושר עבודה כפוף לחובת ניכוי מס במקור, דמי ביטוח לאומי ומס בריאות. במידה ולא אמציא אישורים מרשויות המס המופנים לחברה בדבר פטור או ניכוי בשיעור מופחת, ינוכה מס במקור, בשיעור מקסימלי הקבוע בדין.
7. ידוע לי כי התשלום הנ"ל נעשה כמחווה של רצון טוב מצד החברה, מבלי שתכיר בחבותה לתשלום הנ"ל, על-פי הפוליסה והנספח.
8. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל, הסכימה החברה לשלם לי הסכום המפורט לעיל.
9. ידוע לי כי התנאי להמשך תקפות הפוליסה הינו תשלום הפרמיה החודשית. הפוליסה תמשיך באותם תנאים בכפוף לתנאי נספח אובדן כושר עבודה.
 - א. גובה הפיצוי החודשי: 6750 ש"ח למדד יסודי 10469 נקי.
 - ב. גובה הפרמיה החודשית: 186 ש"ח למדד נוכחי 12318 נקי.



ולראיה באתי על החתום:

26.8.13
תאריך

אימות:


עו"ד כפיר דין
מ.ר. 45933

עו"ד כפיר דין חובב

אני הח"מ, איל (אילן) קפיר, עו"ד כפיר דין חובב, מאשר בזה כי הכתוב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל, על-ידי בוצר-שמחון נינה, המוכר לי אישית, וזה לאחר שקראתי בפניו והסברתי לו את האמור בכתב זה לעיל והוא אישר לי כי הבין את תוכנו והוא מסכים לאמור בו.

26.7.13
תאריך