כלל
ביטוח ופיננסים

9541-000000160063703474160721
240

לכבוד
מר גולן קים
באמצעות: עו"ד אריאל פרייברג
דרך אבא הלל 7
רמת גן 5252204
במקרה של החזרה נא לשלוח לת.ד. 959541, מודיעין 7118390

16-480

תאריך: 13/07/2021

1.8.21 - נשלח נשנה
סרוק כתיקיה

מבלי לפגוע בזכויות

לקוח יקר,

הנדון: גולן קים, ת.ז. 308001783

פוליסת בריאות מספר: 110563518 הכיסוי הנתבע: הגנה עצמית - פלוס תביעה מספר: 96523610

אנו מבקשים לעדכנך בהמשך לתביעה שבנדון כי עד לתאריך 23/06/2021 התקבלו בידינו המסמכים הבאים:

שם המסמך	תאריך	הערות
סיכום אישפוז/ניתוח/מחלה/שחרור	23/06/2021	התקבל חוו"ד מטעם המבוטח מד"ר תומר קראבל - מומחה בכירורגיה אורטופדית.

על מנת שנוכל לקבל החלטה בנוגע לתביעה עלייך להמציא את המסמכים הבאים:

- פרטי בנק.
- מסמכים רפואיים. הערות: דרישה למסמכים רפואיים מיום האירוע כולל אבחון שברים נבקשך להעביר את מכלול החומר הרפואי אשר נמצא ברשותך מיום התאונה קרי מתאריך 07.05.19. הכולל סיכום ביקור במיון, אשפוז, ביקור במרכז לרפואה דחופה וכו המפרטים כיצד נפצעת ומה הנזק שנגרם לך כתוצאה מהפציעה.
- אישור/דו"ח משטרה. הערות: נבקשך להעביר דו"ח משטרה המפרט את נסיבות האירוע.

אנא המצא את המסמכים האמורים אלינו, את המסמכים יש לשלוח אלינו בהקדם האפשרי לכתובת "כלל חברה לביטוח בע"מ – תביעות בריאות" רחוב ראול ולנברג 36 ת.ד 1123 תל אביב 6101001, בפקס שמספרו 077-6383290 או במייל שכתובתו MailBriTvi@Clal-Ins.co.il.

אנו מבקשים להביא לידיעתך כי במידה והמסמכים האמורים לא יתקבלו אצלנו בתוך 30 יום ממועד מכתבנו זה אנו נאלץ לסגור את תביעתך, ואתה תהיה רשאי לפתוח את התביעה מחדש, בכפוף לתקופת התיישנות כמפורט להלן.

התיישנות

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח , התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח (להלן: "תקופת ההתיישנות").
בפוליסות ביטוח אשר נכרתו או חודשו החל מיום 25.11.2020 לעניין ביטוח חיים, ביטוח מפני מחלות ואשפוז וביטוח סיעודי – תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 5 שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. לעניין זה, "ביטוח חיים" – ביטוח שמקרה הביטוח הוא מותו של המבוטח או של זולתו .
*** לתשומת לבך, במקרה שבו עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח". (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.3.14.)**

כלל חברה לביטוח בע"מ | מערך התביעות
משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב | מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מערך התביעות לשירותך: 6564* | www.clal.co.il

240-1/4 PRN_guide_41042_20210714144931_10_Split_UpTo18.xml - 63703474 msr

כלל
ביטוח ופיננסים

תאריך: 13/07/2021

לכבוד
מר גולן קים
באמצעות: עו"ד אריאל פרייברג
דרך אבא הלל 7
רמת גן 5252204

מבלי לפגוע בזכויות

לקוח יקר,

הנדון: גולן קים, ת.ז. 308001783

פוליסת בריאות מספר: 110563518 הכיסוי הנתבע: הגנה עצמית - פלוס תביעה מספר: 96523611

אנו מבקשים לעדכנך בהמשך לתביעה שבנדון כי עד לתאריך 23/06/2021 התקבלו בידינו המסמכים הבאים:

שם המסמך	תאריך	הערות
סיכום אישפוז/ניתוח/מחלה/שחרור	23/06/2021	התקבל חוו"ד מטעם המבוטח מד"ר תומר קראבל - מומחה בכירורגיה אורטופדית.

על מנת שנוכל לקבל החלטה בנוגע לתביעה עלייך להמציא את המסמכים הבאים:

- פרטי בנק.
- מסמכים רפואיים. הערות: דרישה למסמכים רפואיים מיום האירוע כולל אבחון שברים נבקשך להעביר את מכלול החומר הרפואי אשר נמצא ברשותך מיום התאונה קרי מתאריך 04.08.19 הכולל סיכום ביקור במיון, אשפוז, ביקור במרכז לרפואה דחופה וכו המפרטים כיצד נפצעת ומה המקק שנגרם לך כתוצאה מהפציעה.

אנא המצא את המסמכים האמורים אלינו, את המסמכים יש לשלוח אלינו בהקדם האפשרי לכתובת "כלל חברה לביטוח בע"מ – תביעות בריאות" רחוב ראול ולנברג 36 ת.ד 1123 תל אביב 6101001, בפקס שמספרו 077-6383290 או במייל שכתובתו MailBriTvi@Clal-Ins.co.il.

אנו מבקשים להביא לידיעתך כי במידה והמסמכים האמורים לא יתקבלו אצלנו בתוך 30 יום ממועד מכתבנו זה אנו נאלץ לסגור את תביעתך, ואתה תהיה רשאי לפתוח את התביעה מחדש, בכפוף לתקופת התיישנות כמפורט להלן.

התיישנות

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח , התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח (להלן: "תקופת ההתיישנות").
בפוליסות ביטוח אשר נכרתו או חודשו החל מיום 25.11.2020 לעניין ביטוח חיים, ביטוח מפני מחלות ואשפוז וביטוח סיעודי – תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 5 שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. לעניין זה, "ביטוח חיים" – ביטוח שמקרה הביטוח הוא מותו של המבוטח או של זולתו .
*** לתשומת לבך, במקרה שבו עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח". (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.3.14.)**
תנאי חוזה הביטוח עומדים לרשותך גם באתר האינטרנט של החברה.

המסמך עשוי להכיל מידע המוגן מתוקף חוק הגנת הפרטיות
203810

כלל חברה לביטוח בע"מ | מערך התביעות
משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב | מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מערך התביעות לשירותך: 6564* | www.clal.co.il

240-3/4 PRN_guide_41042_20210714144931_10_Split_UpTo18.xml - 63703476 mst

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

15.1.21

22.2.21 - נשלח מייל.

לכבוד
כלל חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

מ.ל.ב
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ: שלום רב,

הנדון: **קים גולן, ת.ז. 308001783**
מס' פוליסה 110563518

1. הנני מייצג את מרשי שבנדון בעקבות שתי תאונות מיום 7.5.19 ומיום 4.8.19 (להלן: "**התאונות**").

2. בתאונות נפגע מרשי מספר פגיעות קשות בעטיין הוא מטופל במספר תחומים: בתחום האורתופדי, בתחום הנוירולוגי ובתחום הפסיכיאטרי.

3. בהמלצת רופאיו המטפלים הוא נזקק לטיפולים רפואיים אינטנסיביים, לטיפולי תרופתי נרקוטי, לעזרים רפואיים, טיפולי רפואה משלימה וייעוץ רפואי נוסף.

4. על פי תנאי הפוליסה זכאי מרשי, בין היתר, להחזר הוצאות.

*רצ"ב קבלות.

5. אודה עבור העברת התשלום לפקודת **אריאל פרייברג, עו"ד.**

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשי שבנדון.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

יפוי כוח

אני החתום מטה **קים גולן, ת.ז. 308001783**

ממנה בזה את עורך/כי הדין **יגאל רסקין ו/או אריאל פרייברג**

כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד, להיות בא כחי, להופיע ולפעול עבורי בפני

בעניין **תאונה מיום 07/05/2019 והמוסד לביטוח לאומי – כל סוגי הגמלאות**

מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולן או מקצתן הכל בקשר לעניין הנ"ל ולכל הנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש בשמי כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות ערעור, ערעור, דיון נוסף, הודעה, טענה, השגה, ערר, תובענה או הליך אחר הנוגע או הנובע מההליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל. כמו כן להודות ו/או לכפור בשמי בכתב אישום במשפטים פליליים בנוכחותי או בהעדרי.
2. להזמין עדים, למנות מומחים, ולעשות כל הפעולות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים כיום ושיהיו קיימים בעתיד, או לבצע כל פעולות בתוקף כל חוק או פרוצדורה אחרת שחלה או שתחול על התביעה או על המשפט הנ"ל.
3. לחתום ולשלוח התראות מכל סוג, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, ו/או פירוק גוף משפטי מכל סוג שהוא ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהעניין הנ"ל.
4. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית על מצב בריאותי ו/או שיקומי מכל רופא או מוסד שבדק אותי או כל חוות דעת אחרת הנוגעת לעניין הנ"ל.
5. להופיע בשמי ולייצגני בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בתי המשפט, בתי דין למיניהם או רשויות ומוסדות אחרים הן ממשלתיים והן אחרים, עד לדרגתם האחרונה.
6. למסור כל עניין הנוגע או הנובע מהעניין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כחי ימצא לנכון ולמועיל.
7. להתפשר בכל עניין הנוגע או הנובע מהעניינים האמורים לעיל לפי שקול דעתו של בא כחי ולחתום על פשרה כזו בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל עניין מהעניינים הנ"ל לרבות הוצאות בית משפט ושכר טרחת עו"ד. לקבל בשמי ובמקומי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה, עיקולים או פקודות מאסר ולעשות כל הפעולות המותרות על פי חוק ההוצאה לפועל ו/או התקנות על פיו.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל כפי שבא כחי ימצא לנכון בכל עניין הנובע מהעניין הנ"ל.
11. להופיע בשמי ולייצגני בעניין הנ"ל בפני רשם המקרקעין, לשכת רישום המקרקעין, שלטונות המס, עיריות ומועצות מקומיות, לחתום בשמי ובמקומי על כל בקשה, הצהרה הערות אזהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עסקה המוכרת על פי דין וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל בשמי ובמקומי כל מסמך שאני רשאי לקבלו על פי דין.
12. להופיע בשמי ולייצגני בעניין הנ"ל בפני רשם החברות, רשם השותפויות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרשום גוף משפטי, לטפל ברישומו או מחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.
13. להופיע בשמי ולייצגני בעניין הנ"ל בפני רשות הרישוי ו/או משרד התחבורה, לקבל מידע שאני רשאי לקבלו על פי דין בשמי ממאגר המידע של רשות הרישוי ו/או משרד התחבורה, לחתום בשמי ובמקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולקבל בשמי ובמקומי כל מסמך שאני רשאי לקבלו על פי דין.
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנטים, סימני מסחר וכל זכויות אחרות המוכרות על פי חוק, להופיע בשמי ולייצגני בפני כל רשם או רשות המטפל בעניין כזה.
15. לחתום בשמי על קובלנות פליליות למיניהן וכן על דרישות עפ"י חוק אסור לשון הרע, תשכ"ה 1965.
16. להופיע בשמי ולייצגני בכל תביעה ייצוגית על פי תקנות סדר הדין ועל פי כל חוק.
17. לחתום בשמי על יפויי כוח בלתי חוזרים.
18. למנות כל עורך דין לשמש במקומו בכל משא ומתן משפטי לפי ייפוי כוח זה.
19. להעביר את הסמכויות שבייפוי כוח זה, כולן או מקצתן, לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים. למנות ולפטר עו"ד ולמנות אחרים במקומם.
20. לתת הוראות בקשר לכספים ו/או לתת הוראות להעברת כספים ו/או לקבל כספים המגיעים לי מכל גוף ו/או צד שלישי שהוא, הכל בהתאם להוראות חוק השליחות, התשכ"ה – 1965.
21. לנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עינו ובאופן שימצא לנכון ולמועיל בקשר עם עניני הנ"ל.
22. הנני מאשר את מעשי בא כחי או מעשי ממלאי מקומו בתוקף ייפוי כוח זה מראש.

הכתוב דלעיל ביחיד יכלול את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום, היום 29 לחודש 10 שנת 2019.

X

חתימה

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

יגאל רסקין, עו"ד
מ.ר. 65917

חתימת עורך הדין

טופס בקשת מידע וויתור על סודיות

חלק א':
אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

גולן	**קים**	**308001783**	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
נביעות	**2**	**ראשון לציון**	**7567010**
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העלייה ו/או הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל:_____ (להלן: "**המבקשים**") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או הישגיי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.
אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות בריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי 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, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל.
הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.
למרות האמור לעיל, לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:_____
או על המידע המפורט להלן:_____.
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 החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירות שיפורטו להלן.

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

חלק ב':
במקרה של קטין:
שם האם: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

שם האב: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

חלק ג':
פרטי העד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, עו"ס, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק)

שם מלא: יאיר רסקין ת.ז./מ.ר. 304328644 חתימה וחותמת יאיר רסקין עו"ד נאל רסקין מ.ר. 65917

29.10.09
תאריך

חתימת התובע/נפגע
(במקרה של קטין חתימת אפוטרופוס)

בית מרקחת דרור
רחוב דרור 3 ראשל"צ
טל: 03-9641025
עוסק מורשה: 037728243

תאריך: 01/10/20 שעה: 16:08
שם רוקח: שי ראש
מרשם: 14/2037
ת.ז. לקוח: 0308001783
שם לקוח: קים גולן
רשיון רופא: 18496
שם רופא: ישר תמר
RX: 24661

"כ	מחיר	כמות	שם פריט	קוד
				סה
2	289.00	1	SENSI STAR T20/C4 IN	89620
				89.00
			לפי הנחית רופא	
2	279.00	1	PEACENATURALS T20/C4	15523
				79.00
			לפי הנחית רופא	

* סה"כ #2 568.00

סיכום ביניים 67/2 מקור

תאריך: 01/10/20 שעה: 16:08
שם רוקח: שי ראש

"כ	מחיר	כמות	שם פריט	קוד
				סה
	35.00	1	משלוח	2
				75.00
			דיכוי מבצע	
				40.00

* סה"כ #1 35.00
\+ סד-קודם 568.00
= יתרה 603.00
לתשלום 603.00
Isra 603.00

חשבונית מס/קבלה 67/2 מקור

שם מסוף	בי"מ דרור
1900500	מספר מסוף
גרסת תוכנה	ABS0016191
9016031	מספר עסק בחברת האשראי
תאריך ושעת העסקה	16:22 01/10/20
שם כרטיס	יורוקרד מסטרקרד
מספר כרטיס 0820	
48002005	מספר שובר
UID	20100116223419005008679
RRN	027516333194
סוג עסקה	חובה
0333194	מספר אישור מנפיק
גורם מאשר	חברה
אופן ביצוע העסקה	טלפוני
סוג אשראי	רגיל
סכום העסקה	603.00
מטבע	ש"ח

.נ מרקחת כנרת בע"מ

ויצמן 119 כפר - סבא
טל: 7673228-09
ח.פ 514290485

תאריך: 02/09/20 שעה: 13:32
שם רוקח: טל קירשהיימר
מרשם: 14/4001
ת.ז. לקוח: 0308001783
שם לקוח: קים גולן
טלפון: 0502802611
רשיון רופא: 18496
שם רופא: ישר תמר
RX: 209729

סה"כ	השתתפות	כמות	שם פריט	קוד
260.00	260.00	1	T.A. T20/C4 DC S	27979
			לפי הנחית רופא	
279.00	279.00	1	CAN T20/C4 GG I	35058
			לפי הנחית רופא	

539.00	סה"כ # 2
539.00	לתשלום
539.00	Leumi

חשבונית מס 164244/2 מקור

שם מסוף	בי"מ כנרת
מספר מסוף	1900712
גרסת תוכנה	ABS0016191
מספר עסק בחברת האשראי	2583268
תאריך ושעת העסקה	14:25 02/09/20
שם כרטיס	יורוקרד מסטרקרד
מספר כרטיס 0820	
מספר שובר	94002019
UID	20090214251919007126501
RRN	024614946633
סוג עסקה	חובה
מספר אישור מנפיק	0946633
גורם מאשר	חברה
אופן ביצוע העסקה	טלפוני
סוג אשראי	רגיל
סכום העסקה	539.00
מטבע	ש"ח

www.truepharm.store
אין החלפות והחזרות של מסכות
אין החלפות והחזרות של תרופות

מלכ"ר מ.ה. 589902279
מכבי פארם - התקומה יפו
רחוב התקומה 36 יפו
טל': 1700505353
מענה טלפוני בבית המרקחת 036834469
בכל שעות הפעילות
תאריך: 03/05/20 שעה: 16.56
קופה: מכבי 2/40166
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

		השתתפות
	שם פריט	**כמות**	**חבר**
TARGIN TAB 10/5 MG (20)	20	18.00

1 [illegible]	18.00
[illegible]	18.00
[illegible]	18.00
[illegible]	18.00

מכבי שירותי בריאות
מלכ"ר מ.ה 589902279
מכבי פארם תל אביב-בלפור 10
רחוב בלפור 10 תל אביב
מענה טלפוני בבית ה[illegible] 9193013-03
בימים א' ג' ד' 07:30-14:00
ב' ה' 12:00-18:00
תאריך: 18/06/20 שעה: 11:33
קופה: מכבי 2/21588
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
OXYCOD SYR 50ML 10MG/5ML	1	18.00
סה"כ # 1		18.00

יתרה לתשלום 18.00
לתשלום **18.00**
Leumi 18.00

קבלה 9454/3 מקור

שם מסוף	מכבי פארם בלפור	
מספר מסוף	1901147	ABS-602-6S
מספר עסק	0580592	
מספר קבלה	9454/3	
תאריך	11:33	18/06/20
כרטיס	Cal (ויזה)	
מספר כרטיס	0224	
מספר שובר	14003009	
סוג עסקה	חובה	
אופן ביצוע	רגיל	
מטבע	שקל	
אשראי	רגיל	
סכום	18.00	

מכבי שירותי בריאות
מלכ"ר מ.ה. 589902279
מכבי פארם - התקומה יפו
רחוב התקומה 36 יפו
טל': 1700505353
מענה טלפוני בבית המרקחת 036834469
בכל שעות הפעילות
תאריך: 13/05/20 שעה: 16:08
קופה: מכבי 2/20786
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
LYRICA CAP 150MG (56)	168	251.31
LYRICA CAP 75MG (56)	168	183.78
OXYCOD SYR 50ML 10MG/5ML	3	54.00
TARGIN TAB 20/10MG (20)	60	54.00
סה"כ # 4 *		543.09

יתרה לתשלום 543.09
גביה בהוראת קבע 543.09

פרוט גביה בהוראת קבע
שם חבר: גולן קים

ROLLING STONED

רולינג סטונד

חשבונית מס/קבלה מספר 61944 מקור
18/08/2020 12:30:02

וולקנא בע"מ
ח.פ./ע.מ/ע.פ.: 514490077
דיזנגוף 134
תל אביב,
טלפון: 1-700-55-00-85
rollingstoned.co.il

מייטי מריק מכשיר אינו'	x 1 ₪1,489.00	₪1,489.00
סכום חייב במע"מ		**₪1,272.65**
מע"מ		**₪216.35**
סה"כ לתשלום		**₪1,489.00**

1. כרטיס אשראי	**₪1,489.00**
מס' כרטיס:	0224
תאריך תפוגה:	1225
תשלומים:	2
מס' אישור:	0727537

הערות הזמנה:
MM7VC23X

שם הלקוח: קים גולן

תודה רבה שקנית ברולינג סטונד!
ניתן גם להזמין ישירות מהאתר:

rollingstoned.co.il

7272910

מכבי פארם תל אביב-בלפור 10
רחוב בלפור 10 תל אביב
מענה טלפוני [illegible] קחת 919[illegible]-03
[illegible] 07:30-14:00
12:00-18:[illegible]
תאריך: 20/05/20 שעה: [illegible]
קופה: מכבי 2/31216
מקור מרשם: מכבי ממו[illegible]
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
SERENADA [illegible] 50MG (28)	168	108.00
[illegible] סה"כ		108.00

יתרה לתשלום 108.00
לתשלום **108.00**
Leumi 108.00

קבלה 7471/4 מקור

מכבי שירותי בריאות
מלכ"ר מ.ה 589902279
מכבי פארם תל אב בלפור 10
רחוב בלפור 10 תל אביב
מענה טלפוני בבית המרקחת 9193013-03
בימים א' ג' ד' 07:30-14:00
ב, ה, 12:00-18:00
תאריך: 02/09/20 שעה: 09:17
קופה: מכבי 2/40022
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
SERENADA TAB 50MG (28)	112	72.00
סה"כ # 1		72.00
יתרה לתשלום		72.00
לתשלום		**72.00**
Leumi		72.00

קבלה 4899/5 מקור

שם מסוף מכבי פארם בלפור
מספר מסוף 1901147 ABS-602-6S
מספר עסק 0580592
מספר קבלה 4899/5
תאריך 09:17 02/09/20
כרטיס Cal (ויזה)
מספר כרטיס 0224
מספר שובר 79005003
סוג עסקה חובה
אופן ביצוע רגיל
מטבע שקל
אשראי רגיל
סכום 72.00

מכבי שירותי בריאות
מלכ"ר מ.ה. 589902279
מכבי פארם - התקומה יפו
רחוב התקומה 36 יפו
טל': 1700505353
מענה טלפוני בבית המרקחת 036834469
בשעות 8:00-10:00
תאריך: 09/08/20 שעה: 17:25
קופה: מכבי 2/20491
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
VRICA CAP 150MG (56)	56	83.77
TTENT BOTTLE TAB 30MG(30	30	204.84
ERENADA TAB 50MG (28)	56	36.00
סה"כ # 3		324.61
יתרה לתשלו		324.61
לתשלו		**324.61**
Leumi		324.61

קבלה 9302/3 מקור

שם מסוף מכבי תקומה
מספר מסוף 1900162 ABS-602-6S
מספר עסק 1159854
מספר קבלה 9302/3
תאריך 17:25 09/08/20
כרטיס Cal (ויזה)
מספר כרטיס 0224
מספר שובר 01003003
שרת ת חב סוג עסקה מ 0907881
אופן ביצוע רגיל
מטבע שקל
אשראי רגיל
סכום 324.61

פתוח רצוף-יום א' ב' ד' ה' - 07:30 - 19:00
יום ג' - 07:30-16:00 יום ו' - 08:00-12:00
תודה ולהתראות

מכבי שירותי בריאות
מלכ"ר מ.ה 589902279
מכבי פארם תל אביב-בלפור 10
רחוב בלפור 10 תל אביב
מענה טלפוני בבית המרקחת 9193013-03
בימים א' ג' 07:30 14:00
ב' ה' 12:00-18:00
תאריך: 06/07/20 שעה: 14:43
קופה: מכבי 2/30430
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
ATTENT BLISTER 30MG (30)	30	204.84
OXYCOD SYR 50ML 10MG/5ML	3	54.00
סה"כ # 2		258.84
יתרה לתשלום		258.84
לתשלום		**258.84**
Leumi		258.84

קבלה 9912/4 מקור

מכבי שירותי בריאות
מלכ"ר מ.ה. 589902279
מכבי פארם - התקומה יפו
רחוב התקומה 36 יפו
טל': 1700505353
מענה טלפוני בבית המרקחת 036834469
בשעות 8:00-10:00
תאריך: 09/09/20 שעה: 15:02
קופה: מכבי 2/766
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
FRANS 10MCG/H 2 PATCHES	4	36.00
TENT BOTTLE TAB 30MG(30	30	204.84
סה"כ # 2		240.84
יתרה לתש		240.84
לתש		**240.84**
umi		240.84

קבלה 13488/1 מקור

שם מסוף מכבי תקומה
מספר מסוף 1900162 ABS-602-6S
מספר עסק 1159854
מספר קבלה 13488/1
תאריך 15:02 09/09/20
כרטיס Cal (ויזה)

מכבי שירותי בריאות
מלכ"ר מ.ה 589902279
מכבי פארם תל אביב-בלפור 10
רחוב בלפור 10 תל אביב
מענה טלפוני בבית המרקחת 9193013-03
בימים א'-ה' 14:00 - 16:00
ב' ה' 12:00-18:00
תאריך: 14/09/20 שעה: 08:49
קופה: מכבי 2/10975
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
LYRICA CAP 150MG (56)	56	83.77
OXYCOD SYR 50ML 10MG/5ML	4	72.00
* סה"כ # 2		155.77
יתרה לתשלום		155.77
לתשלום		**155.77**
Leumi		155.77

קבלה 11121/2 מקור

שם מסוף	מכבי פארם בלפור	
מספר מסוף	1901147	ABS-602-6S
מספר עסק	0580592	
מספר קבלה	11121/2	
תאריך	08:[illegible]	14/09/20
כרטיס	C[illegible] (ויזה)	
מספר כרטיס	0224	
מספר שובר	89002003	
סוג עסקה	[illegible]ובה	
אופן ביצוע	[illegible]ל	
מטבע	שקל	
אשראי	רגיל	

מכבי שירותי בריאות
מלכ"ר מ.ה 589902279
מכבי פארם תל אביב-בלפור 10
רחוב בלפור 10 תל אביב
מענה טלפוני בבית המרקחת 9193013-03
בימים א'-ה' 14:00 - 16:00
ב' ה' 12:00-18:00
תאריך: 21/10/20 שעה: 13:06
קופה: מכבי 2/11308
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
RECITAL 20 MG 28 TAB	28	18.00
* סה"כ # 1		18.00
יתרה לתשלום		18.00
לתשלום		**18.00**
Leumi		18.00

קבלה 12923/2 מקור

שם מסוף	מכבי פארם בלפור	
מספר מסוף	1901147	ABS-602-6S

סופר-פארם

חברת גיל גאגין בע"מ
רח' אלנבי ,65 פינת בלפור
טלפון: 0778882590
ח.פ: 513096792 , עוסק מע"מ מס 557-206695

מקור
חשב' מס קבלה 294930

שם	מחיר	כמות	לתשלום
7290109441108			
L- לייף מחלה לזרוע	99.90	1.	99.90
לתשלום			99.90
כרטיסי אשראי			99.90
סה"כ עודף			0.00
חייבים במע"מ			85.38
מע"מ 17.00 %			14.52

סניף : 259 קופה: 1
קופאי: 54825 יפעת צפורה
20/04/2020 16:52:39
הודפס 20/04/2020 16:53
##
תודה שקנית בסופר-פארם.

שם מסוף	מסוף סופר-פארם בלפור תל-	
מסוף	2620853	Ashrait 96
מספר עסק	7819565	
תאריך	20/04/2020 16:52	
תאריך הדפסה	20/04/2020 16:53	

Cal דיזה ( )

מספר כרטיס	0224
בתוקף עד	12/25
מספר שובר	56001057 חשבונית 294930
סוג עסקה	עיסקת חובה מאושרת 0384842
אופן ביצוע	רגיל
מטבע	שקל ישראלי

סניף : 259 קופה: 1
קופאי: 54825 יפעת צפורה
סכום 99.90
אשראי אשראי רגיל

ד"ר תמר ישר מרפאות כ

מומחית להרדמה
מומחית לרפואה לשיכוך כאב
מגדל מרכז ויצמן- רח' ויצמן 14 תל אביב 6423914
במרפאה טל: 077-2126670, פקס: 03-9795302

ד"ר תמר ישר מרפ
מס. כספ"ט: 6453401
תוכנה: CST000122T
מספר עסק: 8139875

30/07/20 11:45

ויזה רגיל
XXXXXXXXXXXX0224
מס' שובר: 05001005
עסקה: חובה
0709030 חברה
ביצוע: חכם
אשראי: רגיל
סכום עיסקה:

₪ 1200.00

מטבע: ש"ח

UID:20073011452464534010017
RRN:672363759,ATC:0026,CSN:01,TSI:F800,ARC:3030
,TVR:0080008000
AID:A0000000031010

Verified by PIN

*** עותק ללקוח ***

תודה ולהתראות!

חשבונית מס / קבלה מס' 4

לכבוד בלון קום

כתובת

כמות	פרטים
	ויזה
	מרפאה

אשראי

1.200	—

03-5615846 - כל בע"מ טל

סה"כ
מע"מ % 17
סה"כ כולל מע"מ

בצ'ק מס' _____ בנק _____ ז.פ. _____

מזומן _____

חתימה
ד"ר תמר ישר
מרפאות כאב בע"מ
מ.ר: 18496

ד"ר יפתח בר בע"מ

ת.ר. 18430, מ.ר.מ. 17844

מנתח, מומחה לאורתופדיה

מנהל יחידת פגיעות ספורט וארתרוסקופיה

מרפאה פרטית:
דרך רבין 53, קומה 6 קניון גבעתיים
טל: 03-5739668, פקס: 077-4340325

ע.מ. 514539139

מקור

חשבונית מס/קבלה מס' 12732

תאריך 13/11/19

לכבוד חיים אלון

ת.ז. / ח.פ. / ע.מ. 308007783

כתובת רשפון 6 נס"ן

כמות	פרטים	אג'	ש"ח
	אבחון תקינות רפואית		
	סה"כ		
	מע"מ %		
	ניכוי מס במקור		
200	**סה"כ כולל מע"מ**		

נפרע במזומן 200 ₪

מס'	מס' שיק	משוך על בנק	ז. פרעון	סכום	
1					
2					
3					

חתימה

מר.ר רפואי שמיר (אסף הרופא)
ד"ר יפתח בר
מנהל יחידה לאורתופדיה ארתרוסקופית
מ.ר 18430 מ.ר.מ 17844

מקור

ד"ר תמר ישר מרפאות כאב בע"מ

מומחית להרדמה
מומחית לרפואה לשיכוך כאב
מגדל מרכז ויצמן- רח' ויצמן 14 תל אביב 6423914 (ליד ביה"ח איכילוב)
במרפאה טל: 077-2126670, פקס: 03-9795302

עוסק מורשה
514530187

תאריך 30.04.2020

חשבונית מס / קבלה מס' 0555

לכבוד אלן דים

כתובת _____ ע.מ. _____

כמות	פרטים	סכום	
	ייעוץ		
	מרפאת כאב		
	סה"כ		
	מע"מ % 17		
	סה"כ כולל מע"מ	1,200	-

שרותי הדפסה כל בע"מ טל- 03-5615846

בצ'ק מס' _____ בנק _____ ז.פ. _____

מזומן _____

חתימה

ד"ר תמר ישר
מרפאות כאב בע"מ
מ.ר: 18496

ד"ר תמר ישר מרפ
מס' עוסק: 6453401
CST0001227 :מזהה
8139875 :מכשיר עסק
30/04/20 09:12
ויזה רגיל
XXXXXXXXXXXX0224
מס' שובר: 65001002
עסקה: חובה
חברה 042717
ב.צוע: מגנטי
אשראי: רגיל
סכום עיסקה:
₪ 1200.00
מטבע: ש"ח
UID:20043009125164534010019
RRN:552333312
+++ עותק לקוח +++
תודה ולהתראות!

** נסיעה טובה **
1 פרנגי משה
022456669 ע.מ.:
4581 מס מונית:
6144126 מס רישוי:
נהג:משה פרנגי
022456669 ת.ז:
5011 ח. מס מקור
7.977 מרחק ק"מ
13:52 שעת התחלה
13:59 21-04-20
1 סוג התעריף
34.37 דמי נסיעה
4.84 ת. טלפון
- - - - - - - -
39.20 סה"כ ש"ח
תודה ולהתראות

** נסיעה טובה **
1 ארטיום בובריבס
319635538 ע.מ.:
13492 מס מונית:
6068626 מס רישוי:
נהג:ארטיום בורבו
319635538 ת.ז:
6532 ח. מס מקור
6.444 מרחק ק"מ
16:37 שעת התחלה
16:49 02-04-20
1 סוג התעריף
40.30 דמי נסיעה

** נסיעה טובה **
1 קודרנסקי אלכס
305885477 ע.מ.:
22180 מס מונית:
7782326 מס רישוי:
נהג:א.קודרנסקי
305885477 ת.ז:
28492 ח. מס מקור
5.872 מרחק ק"מ
04:51 שעת התחלה
05:02 02-04-20
2 סוג התעריף
45.70 דמי נסיעה
5.20 ת. טלפון
- - - - - - - -
50.90 סה"כ ש"ח

1 סהדבא בוגו'ת
034144600 :"ג"ת
25416 :סא ת'נוג
8814326:'וש'ר סא
04432 ר'וקא "סא"ת
נהגה סא
034144600 :"ג"ת
9157 ש'נ ר'ת
8.830 :אק קמרא
16:05 :מלמנה תעש
16:14 :סו'ם תעש
21-04-2020:ר'ראת
1 :ק'רעתה זוס
47.80:תע'סנ 'מר
5.20:ווקלא
תוארתמלו תדות
מש 53.00 ס"מס

שם מבוטח: קים גולן
ת.ז.: 308001783
מין: ז
גיל: 28

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 09/10/2020 שעת הדפסה: 08:04:30

תרופות שנרכשו

שם תרופה	שם רופא	תאריך רכישה	משך (ימים)	כמות ביחידות / באריזות	השתתפות החבר	סה"כ מכירה	שם בית מרקחת
LYRICA 150MG 56 CAP	טטיאנה וסוקי	14/09/2020	090	1 / 0	83.77	167.54	10 מכבי-ת"א-בלפור
OXYCOD SYR 2MG/ML 50ML	טטיאנה וסוקי	14/09/2020	020	4 / 0	72.0	155.16	10 מכבי-ת"א-בלפור
ATTENT BOTTLE 30MG 30TAB	טטיאנה וסוקי	09/09/2020	030	1 / 0	204.84	409.68	מכבי-יפו
BUTRANS 10MCG/H 2 PATCHES	טטיאנה וסוקי	09/09/2020	028	2 / 0	36.0	144.6	מכבי-יפו
SERENADA 50MG 28TAB	טטיאנה וסוקי	02/09/2020	090	4 / 0	72.0	96.0	10 מכבי-ת"א-בלפור
SERENADA 50MG 28TAB	טטיאנה וסוקי	09/08/2020	090	2 / 0	36.0	48.0	מכבי-יפו
LYRICA 150MG 56 CAP	טטיאנה וסוקי	09/08/2020	090	1 / 0	83.77	167.54	מכבי-יפו
ATTENT BOTTLE 30MG 30TAB	טטיאנה וסוקי	09/08/2020	030	1 / 0	204.84	409.68	מכבי-יפו
BUTRANS 10MCG/H 2 PATCHES	לא ידוע רופא	30/07/2020	002	1 / 0	18.0	72.3	סופרפארם איכילוב
TELFAST 180MG 15TAB	לאה חננשוילי	12/07/2020	010	1 / 0	16.92	16.92	סופרפארם יפו
ETOPAN 400MG 30TAB	לאה חננשוילי	12/07/2020	005	0 / 10	22.22	44.44	סופרפארם יפו
(ATTENT BLISTER 30MG (30	טטיאנה וסוקי	06/07/2020	030	1 / 0	204.84	409.68	10 מכבי-ת"א-בלפור
OXYCOD SYR 2MG/ML 50ML	טטיאנה וסוקי	06/07/2020	030	3 / 0	54.0	116.37	10 מכבי-ת"א-בלפור
OXYCOD SYR 2MG/ML 50ML	טטיאנה וסוקי	18/06/2020	010	1 / 0	18.0	38.79	10 מכבי-ת"א-בלפור
SERENADA 50MG 28TAB	עדי פוקס	20/05/2020	090	6 / 0	108.0	144.0	10 מכבי-ת"א-בלפור
LYRICA 150MG 56 CAP	טטיאנה וסוקי	13/05/2020	090	3 / 0	251.31	502.62	מכבי-יפו
LYRICA 75MG 56 CAP	טטיאנה וסוקי	13/05/2020	090	3 / 0	183.78	367.56	מכבי-יפו
OXYCOD SYR 2MG/ML 50ML	טטיאנה וסוקי	13/05/2020	030	3 / 0	54.0	116.37	מכבי-יפו
TARGIN 20 (20/10MG) 20TAB	טטיאנה וסוקי	13/05/2020	030	3 / 0	54.0	324.0	מכבי-יפו
TARGIN 10 (10/5MG) 20TAB	עדי פוקס	03/05/2020	010	1 / 0	18.0	57.0	מכבי-יפו
LYRICA 75MG 56 CAP	לא ידוע רופא	30/04/2020	014	0 / 28	9.0	61.26	סופרפארם איכילוב
OXYCOD SYR 2MG/ML 50ML	לא ידוע רופא	30/04/2020	010	2 / 0	36.0	77.58	סופרפארם איכילוב
TRAMADEX OD 200MG 10TAB	עדי פוקס	13/04/2020	010	1 / 0	18.0	21.81	סופרפארם איכילוב

שם מבוטח: קים גולן
ת.ז.: 308001783
מין: ז
גיל: 28

מכבי שירותי בריאות

תאריך הדפסה: 09/10/2020 שעת הדפסה: 08:04:30

TRAMADEX DROPS 10ML 100MG/ML	עדי פוקס	13/04/2020	030	1 / 0	17.0	17.0	סופרפארם איכילוב
PERCOCET-5MG 10TAB	עדי פוקס	13/04/2020	010	2 / 0	36.0	70.18	סופרפארם איכילוב
TARGIN 10 (10/5MG) 20TAB	עדי פוקס	13/04/2020	010	1 / 0	18.0	57.0	סופרפארם איכילוב
SERENADA 50MG 28TAB	רז אבן	27/02/2020	056	4 / 0	68.0	96.0	סופרפארם יפו
SERENADA 50MG 28TAB	עדי פוקס	25/02/2020	090	3 / 0	51.0	72.0	10 מכבי-ת"א-בלפור
AMBIEN CR 12.5MG 28TAB	עדי פוקס	25/02/2020	084	3 / 0	133.32	266.64	10 מכבי-ת"א-בלפור
PERCOCET 5MG 20 TAB	עדי פוקס	24/02/2020	010	1 / 0	17.0	59.79	סופרפארם לישנסקי
TRAMADEX DROPS 10ML 100MG/ML	עדי פוקס	17/02/2020	007	1 / 0	17.0	17.0	חשמונאים BE
TRAMADEX OD 200MG 10TAB	עדי פוקס	17/02/2020	010	1 / 0	17.0	21.81	חשמונאים BE
AMBIEN CR 12.5MG 28TAB	עדי פוקס	02/02/2020	028	1 / 0	44.44	88.88	חשמונאים BE
TRAMADEX OD 200MG 10TAB	עדי פוקס	19/01/2020	010	1 / 0	17.0	21.81	חשמונאים BE
(ATTENT BLISTER 30MG (30	עדי פוקס	13/01/2020	030	1 / 0	204.84	409.68	10 מכבי-ת"א-בלפור
LUSTRAL 50MG 28TAB	עדי פוקס	27/12/2019	084	3 / 0	51.0	75.09	TLV סופרפארם קניון
TRAMADEX OD 200MG 10TAB	עדי פוקס	27/12/2019	010	1 / 0	17.0	21.81	TLV סופרפארם קניון
TRAMADEX DROPS 10ML 100MG/ML	עדי פוקס	27/12/2019	030	1 / 0	17.0	17.0	TLV סופרפארם קניון
LUSTRAL 50MG 28TAB	עדי פוקס	13/12/2019	028	1 / 0	17.0	25.03	TLV סופרפארם קניון
LUSTRAL 50MG 28TAB	עדי פוקס	13/12/2019	028	1 / 0	17.0	25.03	TLV סופרפארם קניון
AMBIEN CR 12.5MG 28TAB	עדי פוקס	13/12/2019	028	1 / 0	44.44	88.88	TLV סופרפארם קניון
SERENADA 50MG 28TAB	עדי פוקס	03/12/2019	028	1 / 0	17.0	24.0	סופרפארם נופי ים תל אביב
AMBIEN CR 12.5MG 28TAB	עדי פוקס	03/12/2019	028	1 / 0	44.44	88.88	סופרפארם נופי ים תל אביב
TRAMADEX DROPS 10ML 100MG/ML	עדי פוקס	03/12/2019	030	1 / 0	17.0	17.0	סופרפארם נופי ים תל אביב
TRAMADEX OD 200MG 10TAB	עדי פוקס	03/12/2019	010	1 / 0	17.0	21.81	סופרפארם נופי ים תל אביב
TRAMADEX OD 100MG 30TAB	עדי פוקס	17/11/2019	010	0 / 10	5.67	12.33	חשמונאים BE
TRAMADEX DROPS 10ML 100MG/ML	עדי פוקס	17/11/2019	010	1 / 0	17.0	17.0	חשמונאים BE
(ATTENT BLISTER 30MG (30	עדי פוקס	17/11/2019	030	1 / 0	204.84	409.68	סופרפארם פלורנטין

שם מבוטח: קים גולן
ת.ז.: 308001783
מין: ז
גיל: 28

תאריך הדפסה: 09/10/2020 שעת הדפסה: 08:04:30

SERENADA 50MG 28TAB	עדי פוקס	03/11/2019	028	1 / 0	17.0	24.0	רמת החיל BE
TRAMADEX FLASHTAB 50MG 30	עדי פוקס	03/11/2019	015	1 / 0	17.0	26.97	רמת החיל BE
ETORICOXIB DEX. 90MG 14TAB	איתן גנץ	25/09/2019	010	0 / 10	15.99	31.99	חשמונאים BE
ROKACET PLUS 24 CAP	איתן גנץ	25/09/2019	010	1 / 6	21.25	56.95	חשמונאים BE
AMBIEN CR 12.5MG 28TAB	רז אבן	19/09/2019	028	1 / 0	44.44	88.88	10 מכבי-ת"א-בלפור
TRAMADEX FLASHTAB 50MG 30	עדי פוקס	16/09/2019	030	1 / 0	17.0	26.97	חשמונאים BE
SERENADA 50MG 28TAB	עדי פוקס	16/09/2019	028	1 / 0	17.0	24.0	חשמונאים BE
BROTIZOLAM-TEVA 0.25MG 20TAB	רז אבן	20/08/2019	020	1 / 0	17.0	23.88	סופרפארם גורדון
SERENADA 50MG 28TAB	רז אבן	20/08/2019	028	1 / 0	17.0	24.0	סופרפארם גורדון
TRAMADEX FLASHTAB 50MG 30	שלמה ברזנק	15/08/2019	010	1 / 0	17.0	26.97	סופרפארם רמת אביב
ETOPAN 600MG XL 20 TAB	שלמה ברזנק	15/08/2019	020	1 / 0	40.02	80.04	סופרפארם רמת אביב
(ATTENT BLISTER 30MG (30	עדי פוקס	28/06/2019	030	2 / 0	409.68	819.36	מכבי-ראשון לציון-מערב
30 מנקה לשון	לא ידוע רופא	14/06/2019	000	1 / 0	25.0	28.8	מכבי-ראשון לציון-מערב
ALPRALID 0.25MG 30TAB	עדי פוקס	14/06/2019	030	1 / 0	10.63	10.63	מכבי-ראשון לציון-מערב
CLONEX 0.5MG 30TAB	עדי פוקס	17/05/2019	030	1 / 0	13.77	13.77	ביו מקס פארם ראשון לציון
ADVIL FORTE LIQUIGEL 20'S	עדי פוקס	17/05/2019	006	1 / 0	49.2	49.2	ביו מקס פארם ראשון לציון
(ATTENT BLISTER 30MG (30	עדי פוקס	08/03/2019	030	2 / 0	409.68	819.36	מכבי-ראשון לציון-מערב
(ATTENT BLISTER 30MG (30	עדי פוקס	04/02/2019	030	2 / 0	409.68	819.36	מכבי-ראשון לציון-מערב
(ATTENT BLISTER 30MG (30	עדי פוקס	06/01/2019	030	2 / 0	409.68	819.36	מכבי-ראשון לציון-מערב
(ATTENT BLISTER 30MG (30	עדי פוקס	25/11/2018	030	2 / 0	409.68	819.36	מכבי-ראשון לציון-מערב

נייר טרמי - אין לחשוף את הנייר לשמש

מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

מרפאת שרונה

מרפאת תל אביב -שרונה,כתובת: רח' הארבעה 28, ת"א. מגדלי חג'אג', כניסה צפונית, קומה 22. טל: 03-7431600 ,פקס: 03-7595190

שעות פעילות: בימים א,ב,ד בין השעות 14:00-21:00,בימים ג,ה 08:00-21:00,יום ו 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: גולן קים [308001783]

#	תאריך	יום	שעה	טיפול	מחיר	רופא/מטפל	מרפאה
1	16/01/2020	ה	09:00	מייעץ/בדיקה	32.00 ₪	רובין אירינה	תל אביב-יפו - יגאל אלון
2	26/01/2020	א	17:20	טווינא	45.00 ₪	בלאו אריק	שרונה
3	26/01/2020	א	17:45	דיקור (אקופונקטורה)	49.00 ₪	הופמן יוסי	שרונה
4	02/02/2020	א	17:20	טווינא	45.00 ₪	בלאו אריק	שרונה
5	02/02/2020	א	17:45	דיקור (אקופונקטורה)	49.00 ₪	הופמן יוסי	שרונה
6	09/02/2020	א	17:20	טווינא [אי הופעה]	0.00 ₪	בלאו אריק	שרונה
7	09/02/2020	א	17:45	דיקור (אקופונקטורה) [אי הופעה]	0.00 ₪	הופמן יוסי	שרונה
8	10/02/2020	ב	16:20	טווינא	45.00 ₪	הפנר תומר	שרונה
9	10/02/2020	ב	16:45	דיקור (אקופונקטורה)	49.00 ₪	עזריאל טליה	שרונה
10	16/02/2020	א	17:20	טווינא	45.00 ₪	בלאו אריק	שרונה
11	16/02/2020	א	17:45	דיקור (אקופונקטורה)	49.00 ₪	הופמן יוסי	שרונה
12	23/02/2020	א	17:20	טווינא	45.00 ₪	בלאו אריק	שרונה
סך הכל:					**453.00 ₪**		

דיקור : 4, טווינא : 5, ייעוץ (בדיקה) : 1

הודפס ב 24/08/2020 19:58:43

MAGEN DAVID ADOM IN ISRAEL

מגן דוד אדום בישראל

לכבוד
קים גולן
נביעות 0
ראשון לציון 7567010

תאריך ח-ן: 27/01/2020
א' שבט תש"פ
מספר לקוח: 601000062

מחסן: 039

קבלה: 4000355651

מקור

החיוב לפי תאונת דרכים רגיל

סוג תשלום	תאריך	מס' המתאה /אישור אשראי	בנק / חברת אשראי	סניף / מס כרטיס	סכום
אשראי		103972262		0820	706.0 ₪
				סכום	**706.0 ₪**

עבור התחייבות 101247985.
הערה: עבור קים גולן

מדא הינו מוסד ציבורי הפטור מניכוי מס תיק מ"ה 589104751
מספר אגודה ברשם העמותות 1910/99

רולינג סטונד

חשבונית מס/קבלה מספר 61945 מקור

18/08/2020 12:36:18

וולקנא בע"מ
ח.פ./ע.מ/ע.פ.: 514490077
ריזנגוף 134
תל אביב,
טלפון: 1-700-55-00-85
rollingstoned.co.il

ערכת מילוי קפסולות		
₪275.00	x 1	₪275.00
כללי		
₪40.00	x 1	₪40.00

סכום חייב במע"מ	**₪269.23**
מע"מ	**₪45.77**
סה"כ לתשלום	**₪315.00**

1. כרטיס אשראי	**₪315.00**
מס' כרטיס:	0224
תאריך תפוגה:	1225
תשלומים:	1
מס' אישור:	0843284

תודה רבה שקנית ברולינג סטונד!
ניתן גם להזמין ישירות מהאתר:

rollingstoned.co.il

7272938

בית מרקחת-קרית ראשון
רחוב החלמונית 20 ראשל"צ
טלפון: 03-9617085
ע.מ 011070430

תאריך: 17/05/19 שעה: 09:43
שם מוכר: מרדכי ישראל
קופה: מכבי 2/705
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
מספר ניפוק: 347519688
שם חבר: גולן קים
טלפון: 0502802611
RX: 179234
מרשם חתום דיגיטלית

שם פריט	כמות	השתתפות חבר	
ADVIL FORTE LIQUIGEL 20'S	1	49.20	
1 כמוסה X 3 פעמים ביום,משך 6 ימים			
CLONEX 0.5MG 30 TAB	30	13.77	
1 טבליה X 1 פעם ביום,משך 30 ימים			
* סה"כ # 2			62.97

יתרה לתשלום	62.97
לתשלום	**62.97**
Visa	62.97
כלול מע"מ 17.00%	9.15

חשבונית קבלה 438513/1 מקור

קרית ראשון	שם מסוף	בי
מספר מסוף	1900790	ABS-602-6S
מספר עסק	6132937	
תאריך	09:43	17/05/19
קרד/מסטרקרד	כרטיס	ון
מספר כרטיס	0820	
מספר שובר	90001017	
סוג עסקה	חובה	
אופן ביצוע	רגיל	
מטבע	שקל	
אשראי	רגיל	
סכום	62.97	

THE STATE OF ISRAEL
MINSTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affilated to Tel-Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
Municipality of Tel-Aviv-Yafo
6 Weizmann St. , Tel-Aviv 6423906
Tel: 03-6974444

המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
רפואה מובילה ואנושית
www.tasmc.org.il

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלאר
באוניברסיטת תל-אביב
עיריית תל-אביב-יפו
רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906
טל: 03-6974444

פיקדון

פיקדון מספר : 30418725 **מקור**
תאריך הזנת הפיקדון : 23.02.20 10:53:17
מטבע : ILS ש"ח

לכבוד:
גולן קים, 30800178-3
נביעות 2 ראשון לציון מיקוד: 7567010
050-2802611

פיקדון עבור:
מספר זהות: 30800178-3 שם מטופל: גולן קים

מספר מקרה	תאריך מקרה	יחידה	קוד שירות	שירות	סטטוס	סכום
37890100	23.02.20	רמ-כתף	999242162	בדיקת רופא אורת לא חויב		290.00
סה"כ						290.00

אמצעי התשלום	סוג כרטיס	מס' כ.אשראי	בנק/תוקף סניף כ.אשראי	מספר חשבון/ מס' תשלומים	המחאה/שובר אישור	תאריך פרעון /תאריך שובר	סכום
אשראי	ויזה	0224	12/25	001	0010916785	23.02.2020	290.00
סה"כ							290.00

מסמך זה אינו קבלה. לאחר ה- 08.03.20 הפיקדון יופקד, אלא אם עד תאריך זה תמציא לנו התחייבות כספית. קבלה כחוק תופק ותשלח לכתובתך הנ"ל לאחר ההפקדה.
הערות :

חתימת הקופאי : _____ חתימת נותן הפיקדון: _____
שם קופאי : AHUVAK
קופה : 2072 2072- מרפאות 72 אהובה קראוני
תאריך הדפסה : 23.02.20

שם מסוף: בי"ח איכילוב
מספר מסוף: 5771253
תאריך: 23.02.20 שעה: 10:53

לא לחיוב

כרטיס: ויזה
מספר כרטיס: ....
בתוקף עד: 12/25
מספר שובר: 10916785
מספר אישור: 0119909
סוג עסקה: חובה
מטבע: ש"ח
אשראי: רגיל

סכום: 290.00 ש"ח

אסמכתא: 2072000000000976434

03 6973871
03 6973445
03

AHUV

מ.ר. 18430, מ.ר.מ. 17844

מנתח, מומחה לאורתופדיה
מנהל יחידת פגיעות ספורט וארתרוסקופיה

מרפאה פרטית:
דרך רבין 53, קומה 6 קניון גבעתיים
טל: 03-5739668, פקס: 077-4340325

ע.מ. 514539139

חשבונית מס/קבלה מס' 12732

מקור

לכבוד [illegible] **תאריך** 13/11/19

ת.ז. / ח.פ. / ע.מ. 308001783

כתובת [illegible]

כמות	פרטים	אג'	ש"ח
	אבחון התיאבות רפואית		

סה"כ

נפרע במזומן 200 ₪

מע"מ %

ניכוי מס במקור

סה"כ כולל מע"מ 200

מס'	מס' שיק	משוך על בנק	ז. פרעון	סכום	
1					
2					
3					

מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא)
ד"ר יהודה בר
מנהל יחידה לאורתופדיה ארתרוסקופיה
מ.ר 18430 מ.ר.מ. 17844

חתימה

MAGEN DAVID ADOM IN ISRAEL

מגן דוד אדום בישראל

לכבוד
קים גולן
נביעות 0
ראשון לציון 7567010

תאריך ח-ן: 27/01/2020
א' שבט תש"פ
מספר לקוח: 601000062

מחסן: 039

קבלה: 4000355651

מקור

החיוב לפי תאונת דרכים רגיל

סוג תשלום	תאריך	מס' המחאה /אישור אשראי	בנק / חברת אשראי	סניף / מס כרטיס	סכום
אשראי		103972262		0820	706.0 ₪
				סכום	**706.0 ₪**

עבור התחייבות 101247985.
הערה: עבור קים גולן

מדא הינו מוסד ציבורי הפטור מניכוי מס תיק מ"ה 589104751
מספר אגודה ברשם העמותות 1910/99

סופר-פארם

חברת ס. גרלשטיין בע"מ
איינשטיין 40 קניון אביב תל-אביב
טלפון: 0778880080
ח.פ: 511061939 , עוסק מע"מ מס 557-206695

מקור
חשב' מס קבלה 8775410

שם	מחיר	כמות	לתשלום
7290005681967			
50 TRAMADEX FL.TAB	26.97	30.	26.97
* הנחה קופת חולים	-9.97	1.	-9.97
7290000809076			
20 ETOPAN XL 600MG	80.04	20.	80.04
* הנחה קופת חולים	-40.02	1.	-40.02

לתשלום	57.02
כרטיסי אשראי	57.02
סה"כ עודף	0.00
חייבים במע"מ	48.74
מע"מ 17.00 %	8.28

סניף: 8 קופה: 9
קופאי: 33165 אמיר אבו עוביד
15/08/2019 16:52:03
הדפס ב 15/08/2019 16:52
בקניה זו חסכת 49.99
##
תודה שקנית בסופר-פארם.

סכי מסלמאר

סופר-פארם

חברה רוניאל שטיינר בע"מ
גורדון הל-אביב
טלפון: 0778680730
ח.פ: 514680503 , עוסק מע"מ מס 557-206695

מקור
חשב: מס קבלה 5783649

שם	מחיר	כמות	לחשלום
7290008545195			
24.00	28.	24.00	SERENADA TAB 50MG
-7.00	1.	-7.00	* הנחה קופה חולים
7290106064850			
23.88	20.	23.88	ROTIZOLAM TEVA 0.
-6.88	1.	-6.88	* הנחה קופה חולים

34.00	כרטיסי אשראי
0.00	סה"כ עודף
29.06	חייבים במע"מ
4.94	מע"מ 17.00 %

מניף: 73 קופה: 4
קופאי: 39090 בר ביטון
20/08/2019 18:10:27
הודפס בט: 18:10 20/08/2019
##
תודה שקנית בסופר-פארם

מכבי מחוחשב
מרשם: 11403
מקור מרשם:מכבי מחוחשב
המרשם הגיע אלקטרונית
רוקא: 54593314
תוקבר בבטיס מכבי

34.00 :לתשלום

מכבי שירותי בריאות
מלכ"ר מ.ה 589902279
מכבי פארם תל אביב-בלפור 10
רחוב בלפור 10 תל אביב
מענה טלפוני בבית המרקחת 03-9193013
בימים א'-ה' 14:00 - 16:00
תאריך: 19/09/19 שעה: 07:49
קופה: מכבי 2/31673
מקור מרשם: מכבי ממוחשב
שם חבר: גולן קים

שם פריט	כמות	השתתפות חבר
AMBIEN CR TAB 12.5 (28)	28	44.44
* סה"כ #1		44.44

44.44
יתרה לתשלום 44.44
לתשלום 44.44
Isra

קבלה 17006/4 מקור

שם מסוף מכבי פארם בלפור
מספר מסוף 1901147 ABS-602-6S
מספר עסק 7544396
מספר קבלה 17006/4
תאריך 07:49 19/09/19
קרד/מסטרקרד כרטיס ן
מספר כרטיס 0820
מספר שובר 92004001
סוג עסקה חובה
אופן בצוע רגיל
מטבע שקל
אשראי רגיל
סכום 44.44

02665031018050 מזון / עזרה ראשונה

21.25	*** 3537 מזון ***	
15.99	*** 3538 מזון ***	

37.24 סה"כ

37.24 מזומן

****

****

6 מזומן

כרטיס - מזון/עזרה ראשונה

****

37.24 :מזומן

****

מס' עסקה: 2/3537

מס' אישור: 426551762

מס' תהליך: 60280611 :11570

RX: 8166

72316 ROKSET PLUS CAP 12	30	21.25

* סה"כ #1 21.25

סה"כ לתשלום 21.25

****

מס' עסקה: 2/3538

מס' אישור: 426551849

מס' תהליך: 60280611 :11570

RX: 8167

74367 ELMIRON 100 MG	10	15.99

* סה"כ #1 15.99

סה"כ לתשלום 15.99

[illegible]
[illegible] 5412404870
עוסק מורשה 516978463 ח.פ 516978463
מחזור / קופה 02695032050286

קוד	תאור	לתשלום
***	מרשם 6021 *** מכבי	17.00
***	מרשם 6022 *** מכבי	17.00

לתשלום 34.00

שולם: אשראי 34.00

****
****

מסוף: 300-54 POS 6207922015 עסק: 8030397
6 ישראכרט תשלום: ש"ח
כרטיס - יורוקרד/מסטרקרד
מספר כרטיס: ********0920
מספר שובר: 00032335
סוג עסקה: עסקה מאושרת 8397642 0 חובה
אופן ביצוע: רגיל
סוג אשראי: רגיל

סכום לחיוב: 34.00

סה"כ פריטים במשלוח: 2

****
מכבי

שם רופא: [illegible]
קופה: מכבי 2/6021
קוד מרשם: מכבי [illegible]
שם רוקח: [illegible]
מספר ניפוק:
349877033
ת.ז. חבר: 0308001783
שם חבר: [illegible]
טלפון: 0502802611
RX: 189644
מרשם מתוקן דיגיטלית
להשתתפות

קוד	שם פריט	כמות	חבר
68535	TRAMADEX FL TAB 50M	30	17.00

* סה"כ #1 17.00

יתרה לתשלום 17.00

****
מכבי

שם רופא: [illegible]
קופה: מכבי 2/6022
קוד מרשם: מכבי [illegible]
שם רוקח: [illegible]
מספר ניפוק:
[illegible]
ת.ז. חבר: [illegible]1783
שם חבר: [illegible]
טלפון: 0502802611
RX: 189645
מרשם מתוקן דיגיטלית
להשתתפות

קוד	שם פריט	כמות	חבר
7455[illegible]	SERENADA TAB 50MG	28	17.00

* סה"כ #1 17.00

יתרה לתשלום 17.00

[illegible] (3233)
03/11/19 12:29 [illegible]

פינת קרליבך חשמונאים, ת"א
9476900 פקס 036711444
עוסק מורשה 510978463 ח.פ. 510978463
חשבונית / קבלה 02665031021015

קוד	תאור	לחשלום
*** מרשם 3380 *** מכבי		22.67

שולם: ל ח ש ל ו ם 22.67

ישראכרט 22.67

מסוף: POS-300-S4 6208059011 עסק: 8332082
6 ישראכרט מטבע: ש"ח
כרטים - יורוקרד/מסטרקרד
מספר כרטים: 0820********
מספר שובר: 00031423
סוג עסקה: עיסקה מאושרת 4023572 0 חברה
אופן ביצוע: רגיל
סוג אשראי: רגיל

סכום נטו: 22.67

סה"כ פריטים בחשבון: 2
****
מקור

שם רוקח: נעמה עילוטי
קופה: מכבי 2/3380
מקור מרשם: מכבי מחוחשב
שם רופא: ערי פוקס
מספר ניפוק: 293106867
ת.ז. חבר: 0308001783
שם חבר: גולן קים
טלפון: 0502802611
RX: 9680
מרשם חתום ריגיטלית
השתתפות

קוד	שם פריט	כמות	חבר
80022	TRAMADEX OD TAB 100	10	5.67
33480	TRAMADEX DROPS 10 M	1	17.00

---

* סה"כ #2 22.67

יתרה לחשלום 22.67

קופאי/ת: שי דביר קופאי (2733)
סניף: 665 קופה: 31 פח': 7154 10:03 17/11/19

ד"ר ארז בנאי

עוסק מורשה: 057466468

כתובת: באר טוביה 10 תל אביב

טלפון: 0523642366

דוא"ל: banai.erez@gmail.com

לכבוד: **קים גולן**

כתובת המייל: kimgolan@hotmail.com

12/08/19

חשבונית מס קבלה מספר 12209

מקור

טיפול פסיכולוגי

מק"ט:	תיאור הפריט:	כמות:	מחיר:	הנחה:	סה"כ:
	פגישה 3 במכבי	1	121.3675	0	121.37
				סה"כ חייב במע"מ:	121.37 ₪
				מע"מ 17%:	20.63 ₪
				סה"כ:	**142.00 ₪**

שולם באמצעות:

אמצעי תשלום:	תאריך:	בנק:	סניף:	מס' חשבון:	סכום:
העברה בנקאית	12/08/19	12	574	189270	142.00
				סה"כ שולם:	**142.00 ₪**

מסמך זה הופק במערכת www.Invoice4U.co.il מסמך ממוחשב מסמך זה נחתם דיגיטלית ע"י Invoice4U

ד"ר ארז בנאי

עוסק מורשה: 057466468

כתובת: באר טוביה 10 תל אביב

טלפון: 0523642366

דוא"ל: banai.erez@gmail.com

לכבוד: **קים גולן**

כתובת המייל: kimgolan@hotmail.com

06/08/19

חשבונית מס קבלה מספר 12195

מקור

טיפול פסיכולוגי

מק"ט:	תיאור הפריט:	כמות:	מחיר:	הנחה:	סה"כ:
	פגישה 2 במכבי	1	121.3675	0	121.37
				סה"כ חייב במע"מ:	121.37 ₪
				מע"מ 17%:	20.63 ₪
				סה"כ:	**142.00 ₪**

שולם באמצעות:

אמצעי תשלום:	תאריך:	בנק:	סניף:	מס' חשבון:	סכום:
העברה בנקאית	06/08/19	12	574	189270	142.00
				סה"כ שולם:	**142.00 ₪**

מסמך זה הופק במערכת www.Invoice4U.co.il מסמך ממוחשב מסמך זה נחתם דיגיטלית ע"י Invoice4U

ד"ר ארז בנאי

עוסק מורשה: 057466468

כתובת: באר טוביה 10 תל אביב

טלפון: 0523642366

דוא"ל: banai.erez@gmail.com

לכבוד: **קים גולן**

כתובת המייל: kimgolan@hotmail.com

29/07/19

חשבונית מס קבלה מספר 12177

מקור

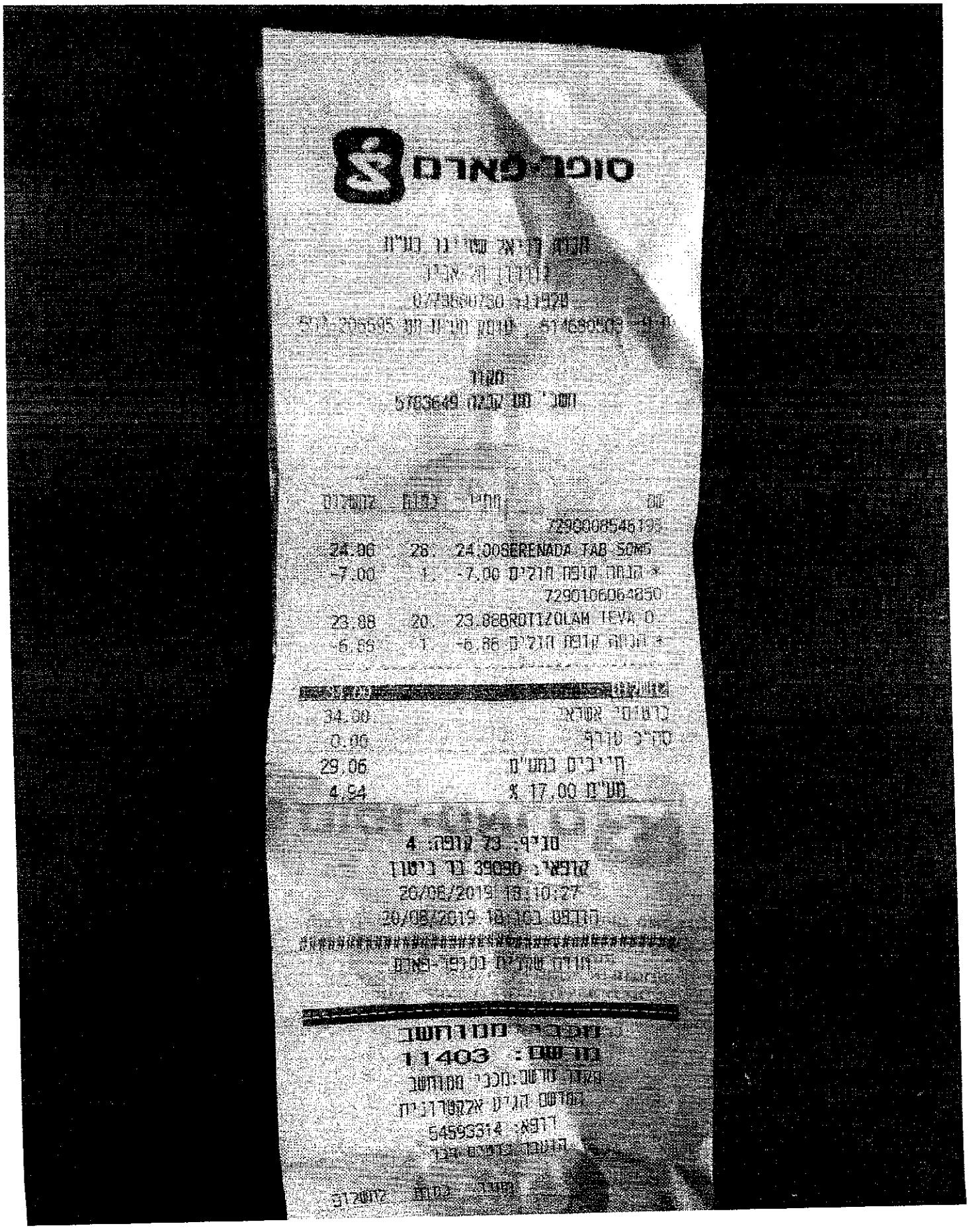
טיפול פסיכולוגי

מק"ט:	תיאור הפריט:	כמות:	מחיר:	הנחה:	סה"כ:
	פגישה 1 במכבי	1	50.4274	0	50.43
				סה"כ חייב במע"מ:	50.43 ₪
				מע"מ 17%:	8.57 ₪
				סה"כ:	**59.00 ₪**

שולם באמצעות:

אמצעי תשלום:	תאריך:		סכום:
מזומן	29/07/19		59.00
		סה"כ שולם:	**59.00 ₪**

מסמך זה הופק במערכת www.Invoice4U.co.il מסמך ממוחשב מסמך זה נחתם דיגיטלית ע"י Invoice4U



סופר-פארם

מכרה רויאל שמיינו בע"מ
[illegible]
0773680730 [illegible]
[illegible] 514680503 [illegible] 205695 [illegible]

מקור
[illegible] 5703649

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
			7290008546193
24.06	28.	24.00	SERENADA TAB 50MG
-7.00	1.	-7.00	* הנחה קופה חוזים
			7290106064850
23.88	20.	23.88	BROTIZOLAM TEVA 0.
-6.88	1.	-6.88	* הנחה קופה חוזים

[illegible]	
34.00	[illegible]
0.00	[illegible]
29.06	חייבים במע"מ
4.94	מע"מ 17.00 %

סניף: 73 קופה: 4
קופאי: 39090 בר ניטון
20/08/2019 18:10:27
[illegible] 20/08/2019 18:10:[illegible]
[illegible]

מכבי מסוחשב
מרשם: 11403
[illegible]
[illegible]
[illegible] 54593314
[illegible]

[illegible]

כלל
ביטוח ופיננסים

תאריך: 13/06/2021

לכבוד
גב' גולן קים
באמצעות: עו"ד אריאל פרייברג
דרך אבא הלל 7
רמת גן 5252204

מבלי לפגוע בזכויות

לקוחה יקרה,

הנדון: תביעה לתגמולים ע"ש גולן קים, ת.ז. 308001783
פוליסת בריאות מספר: 110563518 הכיסוי הנתבע: הגנה עצמית - פלוס תביעה מספר: 96523611

אנו מבקשים לעדכנך כי לאחר בדיקת כל המידע והמסמכים הנדרשים לבירור התביעה, שהתקבלו בחברתנו עד ליום 25/05/2021, אנו נאלצים לדחות את תביעתך בגין תאונה שהוגשה במסגרת הפוליסה שבסימוכין, וזאת כדלקמן:

בהתאם להוראות סעיף 1 הגדרה: תאונה לפוליסה, ההגדרה הרלוונטית הינה:

אירוע חיצוני, פתאומי, אלים ובלתי צפוי שקרה במשך תקופת הביטוח וגרם במישרין ובלי קשר לגורמים אחרים, לפגיעה פיזית בגוף המבוטח ומהווה בלא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית למקרה הביטוח.
להסרת ספק מובהר בזה כי פגיעה כתוצאה ממחלה או כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרו-טראומה) או כתוצאה מהשפעת אלימות מילולית או כתוצאה מפגיעה פסיכולוגית או אמוציונאלית, אינה בגדר תאונה.

מעיון ובדיקת המסמכים והמידע שהועברו לידינו עולה כי לא התקיימה ההגדרה, מהסיבות המפורטות להלן:

התקבלו קבלות עבור תרופות, וכן טיפולי רפואה משלימה וייעוציים אמבולטוריים, בפוליסה שברשותך - תאונות אישיות לא קיים כיסוי לכל הנ"ל, מצ"ב נספח הכיסוי לתאונות אישיות.

לאור הגשת התביעה על ידך אנו מניחים כי היה בידך את כל המידע הנדרש לצורך הגשת התביעה, המצוי אף באתר האינטרנט של החברה www.clal.co.il ככל שמידע כאמור לא קיים בידך ואתה מעונין לקבלו, אנא פני אלינו בטלפון שמספרו 03-6388400.

הינך רשאית להשיג על ההחלטה, במכתב המפרט את נימוקי ההשגה ובמסגרת זו הינך רשאית לצרף מסמכים התומכים בהשגה לרבות חוות דעת מומחה. את ההשגה ניתן להביא בפני הממונה על פניות הציבור בחברתנו בכתובת: רחוב ראול ולנברג 36 ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 או באמצעות אתר האינטרנט של החברה בכתובת www.clal.co.il, בפני ערכאה שיפוטית, או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח , התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח (להלן: "תקופת ההתיישנות").
*** לתשומת לבך, במקרה שבו עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח". (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה אן מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.3.14.)**
תנאי חוזה הביטוח עומדים לרשותך גם באתר האינטרנט של החברה.
נבהיר כי אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית

המסמך עשוי להכיל מידע המוגן מתוקף חוק הגנת הפרטיות

כלל חברה לביטוח בע"מ | מערך התביעות
משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב | מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מערך התביעות לשירותך: 6564* | www.clal.co.il

המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

מועד קרות מקרה הביטוח כפי שעולה מהמסמכים שהגשת הינו 04/08/2019. מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו, או במועד קיומו.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון מס' 03-6388400 או 6564*.
ניתן לשלוח מסמכים לכתובת "כלל חברה לביטוח בע"מ – תביעות בריאות" ת.ד 1123 תל אביב 6101001,
בפקס 077-6383290 או במייל שכתובתו MailBriTvi@clal-ins.co.il.

בכבוד רב,
אבן חיים יוחאי, מיישב תביעות
תביעות בריאות פרט

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם מוצר	מספר פוליסה	סיווג הביטוח	ענף הביטוח	סוג כיסוי
הגנה עצמית - פלוס	110563518	פרטי	בריאות	תאונות אישיות

המסמך עשוי להכיל מידע המוגן מתוקף חוק הגנת הפרטיות
201024

כלל חברה לביטוח בע"מ | מערך התביעות
משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב | מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מערך התביעות לשירותך: 6564* | www.clal.co.il

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, 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

7.6.21

לכבוד
כלל חברה לביטוח בע"מ
<u>באמצעות דוא"ל</u>

מ.ל.ב
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ. שלום רב,

הנדון: **<u>קים גולן, ת.ז. 308001783</u>**
מס' פוליסה 110563518

1. הנני מייצג את מרשי שבנדון בעקבות שתי תאונות מיום 7.5.19 ומיום 4.8.19 (להלן: "**התאונות**").

2. כאן המקום לציין כי מכתבי הקודם בעניין החזר הוצאות שהוצאו ע"י מרשי כתוצאה מהתאונות הנ"ל טרם נענה...

3. ד"ר תומר קראבל, מומחה בכירורגיה אורתופדית, אשר בדק את מרשי קבע את נכותו כדלקמן:

10% לצוואר לפי 37(5)א
5% עיצבי רדיקולופטיה צוארית לפי 29(6)ב חלקי
20% כתף ימין לפי 41(1)א

*רצ"ב העתק חוות הדעת.

4. על פי תנאי הפוליסה זכאי מרשי לפיצוי בגין נכות מתאונה.

5. אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור עבור העברת התשלום לפקודת **<u>אריאל פרייברג, עו"ד.</u>**

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשי שבנדון.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 07/06/2021 16:42
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE,TIME	07/06 16:41
FAX NO./NAME	0776383172
DURATION	00:00:34
PAGE(S)	04
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, 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

7.6.21

לכבוד
כלל חברה לביטוח בע"מ
<u>באמצעות דוא"ל</u>

מ.ל.ב
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ. שלום רב,

הנדון: **<u>קים גולן, ת.ז. 308001783</u>**
מס' פוליסה 110563518

1. הנני מייצג את מרשי שבנדון בעקבות שתי תאונות מיום 7.5.19 ומיום 4.8.19 (להלן: "**התאונות**").

2. כאן המקום לציין כי מכתבי הקודם בעניין החזר הוצאות שהוצאו ע"י מרשי כתוצאה מהתאונות הנ"ל טרם נענה...

3. ד"ר תומר קראבל, מומחה בכירורגיה אורתופדית, אשר בדק את מרשי קבע את נכותו כדלקמן: