

בתאונה ביום 7.5.19 נחבל ברגל שמאל, בצוואר ובכתף ימין. תאונה חזיתית של אופנוע ברכב עם קינמטיקה קשה.

כאבים והגבלה בתנועות כתף ימין, צוואר, גב וברך שמאל.

לאחר התאונה ביצע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים אותם הוא מבצע עד היום.

התאונה השניה הייתה למעשה זו שהכריעה את גורל הכתף.

מרשי ניסה לעשות כל שניתן על מנת להימנע מניתוח אך הכאבים וההגבלה הניכרת הכריעו אותו ובהמלצת רופאיו נותח.

ב-6-67 MRI הראה פריקת כתף ימין - פריקת כתף ימין
ב-4.8.19 - פריקת כתף ימין

מאז התאונות סובל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות כתף ימין, הצוואר, הגב וברך שמאל.

מרשי מהנדס בעיסוקו, עבודה הכרוכה הן בעבודה משרדית והן בעבודת שטח.

מתקשה מחמת התאונות ותוצאותיהן בביצוע עבודתו והיקף המשרה שלו צומצם ל-50% בלבד.

מאז התאונות ועד היום מטופל מרשי בטיפולי פיזיותרפיה ובטיפול תרופתי נרקוטי לשיכוך הכאב.

מרשי סובל מכאבים והגבלה בתנועות כתף ימין, הצוואר, הגב וברך שמאל.

מרשי נפגע בתאונה קשה בהיותו רוכב אופנוע אשר פגע ברכב שנכנס בפתאומיות לצומת.

פגיעה חזיתית וישירה של מרשי במכסה המנוע של הרכב בצד.

בתאונה נגרמו למרשי פגיעות אורתופדיות קשות אשר הובילו לטיפול תרופתי נרקוטי וניתוח בכתף ימין.

לאחר התאונה החל מרשי לסבול ממחשבות טורדניות, סיוטי לילה, קושי בהירדמות חרדה ומצב רוח ירוד.

מרשי אשר החל לחוש כי אלה משפיעים משמעותית על תפקודו החל ליטול תרופות להרגעה ופנה לטיפול פסיכולוגי.

המעמסה הרגשית שנבעה מהטיפול הפסיכולוגי הקשתה על מרשי והוא פנה לטיפול פסיכיאטרי במסגרת הקהילה שם הוחלט על מתן טיפול תרופתי נוגד חרדה וכדורים להרגעה.

מרשי מהנדס בניין במקצועו, עבודה הכרוכה בריכוז מקסימלי.

מחמת התאונה ותוצאותיה הקשות נפגע עיסוקו ובנוסף למצבו הנפשי הצטרפה גם חרדה לעתידו התעסוקתי.

מאז התאונה סובל מרשי מחרדה, דכאון, סיוטי לילה, מחשבות טורדניות וחוסר שינה.

הדבר משפיע בצורה ניכרת על תפקודו והוא עייף ותשוש/



207 901363

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 22/02/2021 16:17
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	22/02 16:15
FAX NO./NAME	5127614
DURATION	00:01:52
PAGE(S)	07
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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 מקס 077-3180983

10.1.21

22.2.21
 - תשובה -
 באחד
 יציאת נוסף

Handwritten signature

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מחלקת נפגעי עבודה
 מרחוב ישראל גלילי 7
 ראשון לציון

קבוצת רי וילה

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 7.5.19 ותאונה מיום 4.8.19

1. מצ"ב תיעוד רפואי עדכני נוסף.

2. עודנו ממתינים לזימונו של מרשנו לועדה רפואית.

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, Fax 077-3180983

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

25.11.20

באתר

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783
תאונה מיום 7.5.19 ותאונה מיום 4.8.19

בהמשך למכתביכם מצ"ב תיעוד עדכני בתחום האורתופדי, בתחום
הפסיכיאטרי ובתחום רפואת הכאב.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

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, Fax 077-3180983

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

11.5.21

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 7.5.19 ותאונה מיום 4.8.19

1. ביום 10.5.21 התקיימו למרשי ועדות רפואיות בתחום האורתופדי ובתחום הנירולוגי.
2. דא עקא, כידוע לכם, מאז התאונה סובל מרשי מנכות בתחום הפסיכיאטרי, הוא מצוי במעקב רפואי אינטנסיבי ונוטל טיפול תרופתי פסיכיאטרי.
3. אשר על כן, אודה לטיפולכם המסור והמהיר בזימונו של מרשי לועדה פסיכיאטרית.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 23/05/2021 10:09
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	23/05 10:09
FAX NO./NAME	9426797
DURATION	00:00:21
PAGE(S)	01
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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

11.5.21

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 7.5.19 ותאונה מיום 4.8.19

1. ביום 10.5.21 התקיימו למרשי ועדות רפואיות בתחום האורתופדי ובתחום הנזירולוגי.

2. דא עקא, כידוע לכם, מאז התאונה סובל מרשי מנכות בתחום הפסיכיאטרי, הוא מצוי במעקב רפואי אינטנסיבי ונוטל טיפול תרופתי פסיכיאטרי.

3. אשר על כן, אודה לטיפולכם המסור והמהיר בזימונו של מרשי לועדה פסיכיאטרית.

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 12/03/2020 14:20
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	12/03 14:03
FAX NO./NAME	9426797
DURATION	00:16:51
PAGE(S)	50
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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

11.3.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783
תאונה מיום 7.5.19

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תיעוד רפואי.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי וזימונו לועדת אודה.

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב

6.11.19

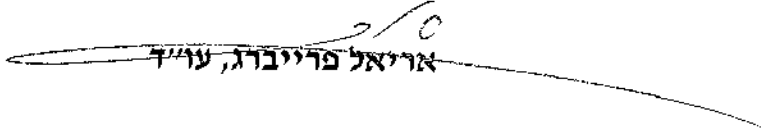
לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון 7542606

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783
תאונה מיום 7.5.19 ומיום 4.8.19

1. מרשי שבנדון נפגע בשתי תאונות, הראשונה ביום 7.5.19 והשניה ביום 4.8.19.
2. מצ"ב שני טופסי תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
3. לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.
*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר תתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 10

07/05/2019 ותאריך הפגיעה 308001738

נא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון סוג המסמך 01		



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה
☐ מחלת מקצוע, פרט
☐ שכיר
☐ עצמאי
☐ מתנדב
☐ הכשרה מקצועית
☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1

פרטי התובע

שם פרטי: הים שם משפחה: אלי

מספר אישי בצה"ל: 308001738 תאריך לידה: 17/08/1992

שנה: 17 חודש: 08 יום: 17

☒ רווק/ה
☐ אלמנה
☐ פרודה/ה
☐ נשוי/אה

מס' בית: 2 דירה: 1

רחוב / תא דואר: 7567010 יישוב: ראשון לציון

טלפון קווי: 0502402611 טלפון נייד: 0502402611

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים
☐ (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר: 7567010 יישוב: ראשון לציון

מס' בית: 2 דירה: 1

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא סעיף 2א'

2

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל: ירון אלקטרוניקה

תפקיד התובע במקום העבודה: מנהל

טלפון קווי: 049323162 טלפון נייד: 049323162

☒ לא
☐ כן, פרט:

☐ לא
☐ כן, פרט:

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה:

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לציין אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק: סוג העיסוק

טלפון קווי: טלפון נייד

רחוב / תא דואר: מספר בית

יישוב: מיקוד

2א'

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות	☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת
☐ שב"ס	☐ משא"ז	☐ משטרה
☐ רחוב / תא דואר	☐ מספר בית	☐ יישוב
☐ מיקוד	☐ מס' פקס	☐ אחר

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
2019	א'ש	08:12		
שנה	חודש	יום		

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ מחוץ למפעל

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט כאן נפל

היכן, מאיזו כתאונה ונכסות

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט: יב"ר מילון שטר

שם ☐ כתובת ☐ מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

שם ☐ כתובת ☐ מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☒ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה	חודש	יום

תפקיד

שם מקבל ההודעה

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שירות רפואי)

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

דינה כרמל
שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

כונן, דניאל ירון
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

דינה

1

09:27

19/05/07

שעה

שנה חודש יום

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן

קופת חולים שבה אתה חבר

פרט

☐ כללית ☐ לאומית

☒ מכבי ☐ מאוחדת

☐ אחר

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה

תחום המומחיות

שם הרופא

שבה טופלתי או אני מטופל

ד"ר

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

ד"ר אייל כרמל

שם הגוף המייצג או המסייע:

6

פרטים על תאונת דרכים

האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?

☐ לא ☒ כן

1 (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

2 האם נפגעת בהיותך:

☐ הולך רגל

☐ מסע ברכב

☒ נהג ברכב

(נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע

☐ מונית

☐ אחר, פרט

3 סוג הרכב המעורב בתאונה:

*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.

4 הרכב בבעלות:

☐ פרטית

☐ מקום העבודה

☐ חברת השכרה/ ליסינג

(יש לצרף עותק ההסכם)

☐ רכב ציבורי

☐ אחר

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה ומספר הקו

5 פרטי הנהג

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

ס"ב

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

ס"ב

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

ס"ב

נוסעים נוספים ברכב:

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ לא ☐ כן

נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?

תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____ כתובתו _____

דואר אלקטרוני

פקס

טלפון

מס' תיק אזרחי

המחוזי בעיר

השלום

התביעה הוגשה בבית המשפט

7 פרטים על תאונה בזיקין

סוג התאונה בזיקין ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת זיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן,

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

8 פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

מתאריך			עד תאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ שהיתי
בעסק/
בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינם קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

חתימת התובע

29.10.19

תאריך

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט	

דואר אלקטרוני:

@

מאשר קבלת הודעות SMS כן לא

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: "פוי כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

9

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במעמד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה ☒

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטיו רשומים מטה: שמות בעלי החשבון

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

מזרחי אפרת, האר, מנפת ישרא 15, השן 8 ציון 529, מספר חשבון 12292

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך חתימת מקבל התשלום 29.10.19 ☒

11

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

נא ציין את מספר תעודת זהות 308001783 ותאריך הפגיעה 07/05/2019 עמוד 8 מתוך 10
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

שעת הפגיעה: _____ מקום הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע בינם הפגיעה:

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. 11. 11

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את התזארה לצאת	תפקידו
-------------------	------------------------	------------------------------------	--------

שעת החזרה הצפויה

שעת ה'צ"א

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☒ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? איזו משמרת? הכתובת שבה היה אמור לעבוד? *12:00*

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ג'כ"י"ם במוסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

Category	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Total	~15%	~25%	~30%	~20%	~10%	~5%
Male	~10%	~20%	~25%	~15%	~8%	~4%
Female	~5%	~5%	~5%	~5%	~2%	~1%
Male	~10%	~20%	~25%	~15%	~8%	~4%
Female	~5%	~5%	~5%	~5%	~2%	~1%

תאריך תחילת עבודה: מעמד העובד: קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי ☐ היקף המשרה ב-¹⁰⁰% מספר ימי העבודה בשבוע: ⁵

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת הריעדרות

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם שכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו
-------------------------------	---------------------------	-----------	--	--

חודש

תודש

מחודש

© 2005 The Authors
Journal compilation © 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 103–110

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עד"ן לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעובדה? נא לפרט

☒ העובד ממשיך לה'מנות על עובדי המפעל: ☒ כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר

חתימת המעסיק: 'נ"ל' תאריך: 29/9 שם ותפקיד החותם: 'נ"ל' חתימה וחותמת: 'נ"ל'

(02/2019) 211 / 75

נא ציין את מספר תעודת זהות 308001783 ותאריך הפגיעה 04/05/2019 עמוד 9 מתוך 10

15

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

16

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 29/9 תפקיד החותם אילן שם החותם אילן חתימה וחזותם

17

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימות המעסיק וחזותם X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

7/5/19

ותאריך הפגיעה 308001783

נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

04/05/2019
שנה חודש יום

308001783

60

שם פרטי

שם משפחה

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

חתימת המבוטח

29.10.19

תאריך

תלוש שכר לחודש 05/2019
הודפס בתאריך 05/06/2019
דף 1 מתוך 1

חיק ניכויים: 910654144
מספר תאגיד: 513482992
חיק ב"ל: 91065414400

חברה: 080 - ירון אופיר מהנדסים
כתובת: מעלה השחרור 11
ישוב: חיפה 0

פרטים אישיים

מספר זהות: 308001783
מספר העובד: 0054
משרה בי-ל: עיקרית
משרה בי-ל: עיקרית
חלקיות המשרה: 1.0000
תחילת עבודה: 08/04/2019
בסיס השכר: חודשי
מחלקה: 000
מצב משפחתי: R+0
דרגה: 000
חשבון: 000122912
וותק מ: -
דרגה: 000
בנק: 20/529

לכבוד

גולן קים
זביעות 2
ראשון לציון 7567010

הכנסה	נכויי חובה	התשלום	שווי למס	גילום	תעריף	כמות	תאריך התשלום
1549.72	מס הכנסה	11000.00					001 משכורת
585.00	ב.לאומי	1000.00					004 נסיעה
592.00	מס בריאות	530.00		360.00			048 ארוחות
		396.72		270.37			082 דלק לגילום
		1250.00			500.00	2.50	067 הופשה-ק
2726.72	ניכויי חובה	14176.72					סה"כ תשלומים

הכנסה	נכויי רשות	התשלום	שכר חייב מס	נכונים נוספים	ימי עבודה
270.37	דלק-גילום	270.37	24373.78	22	22
			24373.78	ש"ע בחברה	182.0
			2303.78	שכר חייב מס	0.00
			892.00	שכר ב.לאומי	8.40
			985.00	שכר מבוסה	2.25
				בסיס קרמ"ש	20%
				ב.לאומי מצב	9.113
				שכר פיצ.חודש	4%
				שכר פיצ.שנה	ישירות
270.37	נכויי רשות	270.37			

הכנסה	נכויי רשות	התשלום	שכר חייב מס	נכונים נוספים	ימי עבודה
11179.63	למשלום	11179.63			

תלוש שכר לחודש 06/2019
הודפס בתאריך 07/07/2019
דף 1 מתוך 1

חיק ניכויים: 910654144
מספר תאגיד: 513482992
חיק ב"ל: 91065414400

חברה: 080 - ירון אופיר מהנדסים
כתובת: מעלה השחרור 11
ש"ב: חיפה 0

פרטים אישיים

מספר זהות: 308001783
ס.משרה: 1-חידה
בסיס השכר: חודשי
מהלקה: 000
מצב משפחתי: ר+0
דרוג: 000
בנק: 20/529
דרגה: 000
השבון: 000122912
ווחק מ:-
מספר העובד: 0054
משרה בי-ל: עיקרית
חלקיות המשרה: 1.0000
ווחק: 00.02.23
תחילת עבודה: 08/04/2019

לכבוד

גולן קים
נביעות 2
ראשון לציון 7567010

תאור התשלום	כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	ניכוי חובה	הניכוי
001 משכורת					11000.00		476.70
004 נביעות					1000.00		433.00
							483.00
							1821.30
סה"כ תשלומים							3214.00
ניכוי חובה							12000.00

נתונים נוספים		נתונים מצטברים		השבון חופשה	
22	י"ע בחברה	36373.78	שכר הייב מס	-1.50	יתרה קודמת
182.0	ש"ע בחברה	36373.78	שכר ב.לאומי	1.00	צבירה חג
0.00	שכר וזיב מס	2779.48	מס הכנסה	.00	ניצול חג
8.40	שכר ב.לאומי	1325.00	כ.ו. לאומי	-0.50	יתרה חדשה
2.25	שכר נביעה	1468.00	מס בריאות		
20%	בסיס קרדי"ט	1821.30	אלטשולר שהם-ק		
9.113	נכ"ל מעביד				
4/ק/	לפיצ' לא הרב מס				
ישראל	ב.לאומי מעביד				
	שכר מינוחודש				
	שכר מ.נ.שעה				

8786.00	לחשולם
---------	--------

חברה : 080 - ירון אופיר מהנדסים
כתובת : מעלה השחרור 11
ישוב : חיפה 0

דפוס : 000
בוק : 20/529

בה"כ תשלומים

9535.00 לתשלום

נא ציין את מספר תעודת זהות 308001743 ותאריך הפגיעה 04/08/2019 עמוד 1 מתוך 10

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
01	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1

פרטי התובע

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

308001743

תאריך עלייה

17081992

שנה חודש יום

☐ ידועה בציבור ☐ גרושה ☐ נשואה ☐ רווקה

שם פרטי

ה.ס.

שם משפחה

גולן

תאריך לידה

מספר אישי בצה"ל

שנה חודש יום

☐ אלמנה ☐ פרודה ☐ נשואה

☐ רווקה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר

נחלת

2

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

דואר אלקטרוני:

@

0502402611

טלפון קווי

טלפון נייד

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

2

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל

תפקיד התובע במקום העבודה

טלפון קווי

טלפון נייד

1048323102

מס' פקד

מיקוד

יישוב

מספר בית

קריה

11

האם אתה אחד מבולי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק

סוג העיסוק

טלפון קווי

טלפון נייד

מיקוד

יישוב

מספר בית

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משא"ז

☐ משטרה

☐ אחר

רחוב / תא דואר

מספר בית

יישוב

מיקוד

מס' פקס

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

04/08/2019
שנה חודש יום

היום בשבוע

ראשון

שעת הפגיעה

17:30

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה ☐ במפעל/בעסק

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☒ בדרך לבית

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט יוצא חלוצי חיתוך

התנזרתי כשנאצו קורקעו ומה נקלתי ידו נאלץ ונרולתי

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שם מקבל ההודעה

תפקיד

שנה חודש יום

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

11.3.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 4.8.19

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תיעוד רפואי.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי וזימונו לוועדה אודה.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נסת מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

שם פרטי		שם משפחה		פרטי התובע	
מספר זהות		מספר אישי בצה"ל		שם פרטי	
תאריך לידה		עיסוק		מין	
יום חודש שנה		שכיר ☒ מתעבד ☐ עצמאי ☐		זכר ☒ נקבה ☐	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		מיקוד		ישוב	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך - נא השלם את הפרטים הבאים:		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר	
שם משפחה איש קשר		מס' זהות איש קשר		שם פרטי איש קשר	

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שעה מהכתובת הרשומה למעלה)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	מיקוד

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

פרטים על הפגיעה

04082019

שנה חודש יום

דרכון חצוי ערבי נחלקה דור שליח ומחלקה

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
 עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
 מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

טלפון

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה: מנהל

308001783

עמוד 2 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל ☐		משמר הכנסת ☐	
שב"ס ☐		משא"ז ☐		משטרה ☐	
אחר ☐		מס' בית		ישוב	
רחוב/תא		מיקוד		מס' פקס	
תאריך כניסה לשירות קבע		תאריך סיום השירות בקבע		טלפון קווי	
טלפון נייד		מס' פקס		מס' פקס	

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה ☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

4

פרטי הטיפול רפואי

האם בזקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכו')? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מובטח בקופ"ח _____ וכל _____

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך.

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שביגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
חייקת סתם והשולח יתמוך הסל הניתן קט' כחלק קט' חיסור חריר	מצב חירור

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סייע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן.

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

שם גורם מייצג או מסייע

אד ארת פרידמאן

כתובת

10% חל, ג, ר"ע

טלפון

03-7412358

29.10.19

תאריך תחילת התקשורת:

309001793

עמוד 4 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטי שלי רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

ז"ס זאן

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובת

שם הבנק

122912

529

מנחם סמית, גליל, ירושלים, ישראל 13 האלף

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיזיף הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיזיף הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מותר חשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 23.20 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון *

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לענין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע *

23.20

תאריך

אם התביעה לא התומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו / מס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

308001783

נא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 308001783	תאריך הפגיעה 04/08/2019 שנה חודש יום
שם משפחה מל	שם פרטי קמ	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

חתימת המבוטח *

2.3.20

תאריך

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

11.3.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783
תאונה מיום 7.5.19

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תיעוד רפואי.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי וזימונו לוועדה אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

308001783

עמוד 1 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
הל	ק.מ.	308001783
מין	עיסוק	תאריך לידה
☒ זכר	☒ שכיר	17081992
☐ נקבה	☐ מתנדב	שנה חודש יום

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
כ.ד.ת.	2			ראשון	75670
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
	0502802611	@			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך - נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	שנה חודש יום
07052019	
פרטים על הפגיעה	דגן, נסר רית, שזר יתאיר, ונצח

3

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

טלפון	רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה: נהגים דני

3א

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל ☐		משמר הכנסת ☐	
שב"ס ☐		משא"ז ☐		משטרה ☐	
מס' בית		יישוב		מיקוד	
רחוב/תא					
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____ האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה ☐ כן ☐ לא אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.					

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט _____ שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____							
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')? ☐ לא ☐ כן, פרט _____ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות ולחובות _____ אם יש בידיך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה. אני מובטח בקופ"ח _____ ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך: <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם הרופא</th> <th>תחום מומחיות</th> <th>כתובת המרפאה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>רפאל</td> <td>תאור</td> <td>רפאל</td> </tr> </tbody> </table>		שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה	רפאל	תאור	רפאל
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה					
רפאל	תאור	רפאל					

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמעך אתה סובל _____ המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינית _____	האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שצינית בטבלה למעלה? ☐ לא ☐ כן, פרט _____
--	---

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן,

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

שם גורם מייצג או מסייע

טלפון

כתובת

03-7412358

אילנה הלל, ד. רח

זרע שילוב חדרה

29.10.19

תאריך תחילת התקשורת:

308001734

נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 4 מתוך 5

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני פרטי רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

קמ אלן

שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
בנק ישראל	הארץ, יפא 51, יפא 51	529	122912

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ר _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיזפי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיזפי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך: 2.3.20 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון *

הצהרה

11

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם צינתי על גבי טופס זה.

תאריך: 2.3.20 חתימת התובע *
אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

308001737

נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 5 מתוך 5

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 308001737	תאריך הפגיעה 07.05.2019 שנה חודש יום
שם משפחה שלן	שם פרטי קיס	
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 2.3.20 חתימת המבוטח *

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שירות רפואי)

ד"ר איכילזון

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

כהיקר

האיבר שנפגע

כתף ימין

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

18.7.19

04.08.2019

שם בית החולים / מחלקה

איכילזון

תקופת אשפוז

שעה

שנה חודש יום

קופת חולים שבה אתה חבר

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט _____

☐ כללית ☐ לאומית

☒ מכבי ☐ מאוחדת

☐ אחר _____

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה

תחום המומחיות

שם הרופא

שבה טופלתי או אני מטופל

ר"ב תש"פ 10/01

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן,

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: ד"ר איכילזון כהיקר

6

פרטים על תאונת דרכים

מספר התיק במשטרה

טיפול בתאונה
תחנת משטרה ב-

האם נמסרה הודעה על
התאונה למשטרה?

☐ לא ☐ כן

(אם כן, חובה לצרף
דוח משטרה)

(נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

☐ נהג ברכב ☐ נוסע ברכב ☐ חולך רגל

☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע

☐ מונית ☐ אחר, פרט

*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות
ציבורית ורישיון רכב.

סוג הרכב המעורב
בתאונה:

☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם)

☐ רכב ציבורי ☐ אחר

הרכב בבעלות:

ומספר הקו

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

פרטי הנהג

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

נוסעים נוספים ברכב:

מס' פוליסה

שם חברת הביטוח

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק

מהודעתך לחברת הביטוח

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?

תביעה נגד שם העו"ד המטפל

כתובתו

טלפון

פקס דואר אלקטרוני

מס' תיק אזרחי

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר

7 פרטים על תאונה בנזיקין

סוג התאונה בנזיקין ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר נכילי גורל זכר
 תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן, תביעה נגד _____

שם עורך הדין המטפל _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

8 פירוט העיסוקים לפני הפגיעה

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה: הייתי חולה קורונה
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך		מתאריך		עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
משעה		עד שעה		משעה		עד שעה	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

9

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה X

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרט רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

מצרתי למטה הבהרה, געתי ישירות ל-15 בנקים רגילים

להחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושבי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוצ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך חתימת מקבל התשלום X 29.10.19

11

פטור ממס הכנסה: יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/נכה 100% ☐ פטור חלקי *

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

29.10.19

תאריך

חתימת התובע *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

קרבה לתובע

מספר זהות

שם משפחה

שם פרטי

ס"ב

טלפון נייד

טלפון קווי

☐ אני מאשר קבלת מכתבים

באינטרנט

דואר אלקטרוני:

@

מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: "יפוי כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה

מספר זהות

ס"ב

עמוד 8 מתוך 10

13

□ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – ותוך כדי עבודה

מקום הפגישה:

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה:

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק בו: _____

האם נבחרו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן

1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	מטרת יציאתו מהוץ למפעל	תפקיד הנפגע במפעל
-------	------------------------------------	------------------------	-------------------

שעת החזרה הצפויה

שעת היציאה

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____
☐ פגיעה בדרך לעבודה: _____

באיזן שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזן משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☒ פגיעה בדרך הביתה באיזו שעה סיים את העבודה? 17:30 האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא
 הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו: מחלקת אבטלה

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במסד לביטוח לאומי

תאריך תחילת עבודה: 8/4/19 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

חיקף המשרה ב- % 100 מספר ימי העבודה בשבוע: 5

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פירט את סיבת ההיעדרות: רשומה 100 5

ממת' _____ עז' מת' _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כלל חודש	מס' הימים	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר
הפסקת העבודה	בעברית שולם השכר	ימי חודשי	ביטוח לחודש זה בש"ח	ברוטו
הדו"ח			סכום	לתיקופה שם התשלום

שם התשלום	לתיקופה	סכום	חודשי	ימי	דבר
-----------	---------	------	-------	-----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

	[]	[]	6-180
	[]	[]	477D

החוקים וההחלטות של מועצת העיר ירושלים, תשס"ח

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעובדה? וא לפרט:

☒ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____

שם בית התוכנה או לשכה השירות באמצעותם המעסיק מפקד תלוש שכר

החתימה המעסיק: 29/10/17 תאריך: 29.10 שם ותפקיד החתום: ד"ר 117

[illegible]

חתימת המעסיק: 27/10/17 תאריך: 29.10 שם ותפקיד החתום: אליהו

(2.24.19) 211 2.2

נא ציין את מספר תעודת זהות 303001783 ותאריך הפגיעה 04/08/2019 עמוד 9 מתוך 10

15 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן) _____

16 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו. פרט ל: _____

נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה. _____

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 29.19 תפקיד החותם נציג שם החותם ד"ר ח' ח' ח' חתימה וחותמת _____

17 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

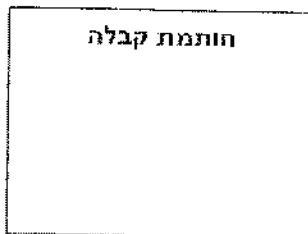
☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

X חתימת המעסיק וחתימת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 308001783 ותאריך הפגיעה 4/8/19 עמוד 10 מתוך 10



חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

04/08/2019
שנה חודש יום

308001783

60

שם פרטי

ק"מ

שם משפחה

א"ל

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 29.10.19 חתימת המבוטח _____ x

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

25.11.20

באתר



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

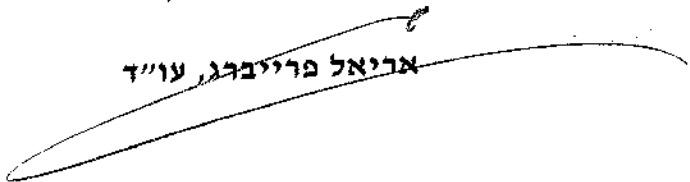
הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 7.5.19 ותאונה מיום 4.8.19

בהמשך למכתביכם מצ"ב תיעוד עדכני בתחום האורתופדי, בתחום
הפסיכיאטרי ובתחום רפואת הכאב.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



נפגעי עבודה

www.btl.gov.il
המוסד לביטוח לאומי



סניף: ראשון לציון
ישראל גלילי 7
ראשון לציון 7542606

טל: 6050 או 8812345-04
פקס: 9426797-03
שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
א,ג,ה 0830-1300
ב,ד 1300-1500
זימון תור ב-8321*

תיק: 30800178-3-11-3

דף 1 מתוך 1

תיק: 30800178-3-11-3

ט"ז בחשוון, תשפ"א
03 בנובמבר 2020

לכבוד

קים גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010



אדון נכבד,

הנדון: תאונת עבודה מיום 04/08/2019

הוועדה מבקשת מכתב עדכני מרופא אורטופד
נא להגיש לסניף ראשון לציון.

בכבוד רב,

דורין קיזרמן
פקיד תביעות נפגעי עבודה



10 אוגוסט, 2020

לכבוד,
קים גולן

הנדון: קים גולן ת.ז 308001783 - הודעה על הפסקת עבודה

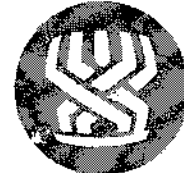
הרינו מודיעים על סיום עבודתך בחברתנו.
הוסברו לך השיקולים לכך והאילוצים שבגינם אנו נאלצים להפסיק עבודתך - צמצום כוח אדם בחברתנו כתוצאה מהמשבר במשק בתקופת הקורונה ובמקביל חוסר יכולתך לבצע משימות עקב מצבך הרפואי.
הודעה זו היא גם הודעה מוקדמת לפיטורין כנדרש בחוק.
מאחלים לך הצלחה בהמשך דרכך.

בכבוד רב,

אלכס שוחט, מנכ"ל

ירון אופיר, מנכ"ל

העתק: ר"ח החברה



המוסד לביטוח לאומי

ועדות רפואיות

שירות חדש: זימון תור 8321*

סניף: יפו

התקומה 30

תל אביב-יפו 6816327

טל: 6050* או 8812345-04

פקס: 5127131-03

שעות מענה: א-ה 8:00-17:00

א,ג,ה 8:30-13:00

ב,ד 15:00-17:00

זימון תור ב-8321*

תיק: 308001783

דף 1 מתוך 1

לכבוד

קיס גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

713-054-220



תיק: 308001783

ט' בסיון, תש"פ

01 ביוני 2020

אדון נכבד,

הנדון: חוות דעת רופא מומחה - יועץ לועדה רפואית

תביעת לגימלת נכות- פגיעה בעבודה מ- 07/05/19

לידיעתך, ביום 27/05/20 דן בעניינך רופא מומחה בתחום פסיכיאטר .
לידיעתך, הרופא ממליץ לקבוע אחוזי נכות זמניים.
לתשומת לבך, חוות הדעת תועבר לועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותך.

בכבוד רב,

לילך אביב

מזכיר ועדות רפואיות

העתק: ✓

עו"ד אריאל פרייברג

אבא הלל סילבר 7 רמת גן 52522

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

5.5.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קיס גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 7.5.19 ותאונה מיום 4.8.19

1. בהמשך לתביעות שהוגשו לקביעת דרגת נכות, מצ"ב תיעוד רפואי עדכני.
2. יצויין כי מחמת התאונות נפגע בכתף ימין ונאלץ לעבור ניתוח כמתואר בתיעוד המצ"ב.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

תאריך ושעת ההדפסה: 13:07 02/04/2020

חסידי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך אורתופדי
מנהל מערך: דר' חורי אמל מר. 29067

מכתב שחרור רפואי

שם יחידה: מחלקה אורתופדית כתף	מנהלת מחלקה: דר' חורי אמל מר. 29067	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6973484	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: גולן	שם פרטי: קים	ת.ד.: 308001783
תאריך לידה: 17/08/1992	גיל: 27	טלפון: 050-2802611
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: נביעות 2 ראשון לציון 7567010

נתוני ביקור - מספר מקרה: 12133403

תאריך קבלה למחלקה: 02/04/2020 מספר ימי אשפוז במחלקה: 1

תאריך קבלה למיון/לביה"ח: 02/04/2020 מספר ימי אשפוז בביה"ח: 1

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 02/04/2020 שעה: 13:02
עד השחרור לביתו/ה - בליווי משפחה

אבחנות בשחרור

- Closed dislocation of Shoulder / Upper arm (Right) (839.8)

בריא בדרך כלל
ניתוחים באשפוז

INSTAB.OP. BANKART SHOULD. PUTI PLAT(PROTZMAN),MAGN
81.82.01 (Right) 02/04/2020

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

תלונה עקרית

סאב וחסר יציבות כתף ימין

מחלה נוכחית

בן 27 בריא בדרכ ללא טיפול תרופתי קבוע

ללא רגישויות ידועות

RHD

פעיל גופנית

סובל מכאב וחסר יציבות של כתף ימין לאחר - פריקה של כתף זו לאחר חבלת מתיחה/משיכה מתאריך 04/08/2020
פריקה מלאה עם רדוקציה במיון בתאריך המתואר, בתנועה בנאלית במהלך שינה - החזיר עצמונית.
ציון תפקודי של הכתף 10: subjective shoulder value %
Quick DASH score: 86

בדיקות עזר

MRA חזק בנקרט רקמה רכה, חזק היל זקם

אי סדירות לברום עליון עם אקסטנציה ללברום אחורי.

בבדיקה

תיאור כללי: סימטר

סטטוס נרולוגי: ללא חסר תחושת או מוטור

צוואר חופשי

דלדול שרירים: צד ימין: ללא צד שמאל: ללא

כיפוף קדמי: צד ימין: 170 מעלות, צד שמאל: 180 מעלות
אבדוקציה: צד ימין: 140 מעלות, צד שמאל: 180 מעלות,
סיבוב חיצוני: צד ימין: 60 מעלות, צד שמאל: 80 מעלות,
סיבוב פנימי: צד ימין: צלע 12 צד שמאל: בין השכמות
סיבוב פנימי

כח אבדוקציה צד ימין: 5 צד שמאל: 5

כח חטיצה חיצונית צד ימין: 5 צד שמאל: 5

כח סובסקפולריס צד ימין: 5 צד שמאל: 5

מבחני צביטה:

: הוקנס צד ימין: שלילי צד שמאל: שלילי

צד ימין: שלילי צד שמאל: שלילי NEER

קשת כאב צד ימין: שלילי צד שמאל: שלילי

מבחני בייספס

צד ימין: שלילי צד שמאל: שלילי LHBT רגישות מעל

צד ימין: חיובי SPEED

מבחני סובסקפולריס

צד ימין: שלילי BELLY PRESS

מבחני ACJ

צד ימין: שלילי ACJ רגישות במישוש

מבחני לברום

חרדה צד ימין: חיובי

רילוקיישן צד ימין: חיובי

צד ימין: חיובי JERK

אובריאן צד ימין: חיובי

ניו פרוכוקיישן צד ימין: שלילי

BRIGHTON 7 גמישות יתר

אבחנות כתף: אי יציבות קדמית

רקע כמתואר, לציון כי המלץ על ניתוח, למד את הנושא ומעוניין בלטרגר'ט,

יחמן לדיון טרום ניתוח,

לאור כאב כרוני ברמה גבוה יותר מכאב ע"ר פריקות מומלץ הערכת מרפאת כאב,

בשלב זה יש צורך בפיזיותרפיה לשיפור טווח וחיזוק מייצבים דינמיים.

מתקבל עתה למחלקתנו לצורך ניתוח RT SHOULDER LATARGET + LHB TENODESIS כתף ימין

הוסברו האופציות הטיפוליות לרבות שמרני מול ניתוחי, המהלך הצפוי, סיכויי ההחלמה, הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות זיהום.

פגיעה בעצבים או כלי דם, צורך בניתוח חוזר.

מטנין בטיפול ניתוחי.

תולדות עבר

-אמ"ל

בדיקה גופנית בקבלה

נבדק: P

מצב כללי

תקין ערני ונינוח, ללא כחנ"צ

תקין כניסת אוויר טובה, אוורור תקין

תקין קולות סדירים ללא אוושות

תקין רכה, ללא רגישות וללא גירוי צפקי

לא תקין לא תקין כמפורט

גפיים

סיכום אשפוז

בתאריך 02.04.20 תחת הדרכה מלאה עבר ניתוח כתף ימין (latarjet + biceps tenodesis)

סודי רפואי

מחלקה: מחלקה אורתופדית כתף	מקרה: 12133403	ח"ר: 308001783
----------------------------	----------------	----------------

מחלך הניתוחי ובתר ניתוחי תקין, ללא סיבוכים.
פזיותרפיה - החל במהלך האשפוז לפי הפרוטוקול.
משוחרר עם המלצות הבאות:-

המלצות כלליות

המלצה: נגד כאבים לפי הצורך - אופטלין 1 גרם X3 ליממה, טארגין 10 מג פעמיים ביום.
קיבוע היד במתלה.
פזיותרפיה לפי פרוטוקול מצורף.
חופשת מחלה - 6 שבועות
ביקורת מרפאתנו שבועיים מיום הניתוח
במידה וחלה החמרה - חום סיסטמי, אודם או הפרשה מוגלתית מאזור הניתוח, לחזור למיון
חופשת מחלה: 6 שבועות.

03-6974000
03-6976920

הדרכת מטופל בשחרור

החולה הודרך לגבי תכנית הטיפול המתוכננת לו

תרופות מומלצות

שם התרופה	אופן מתן	מינון	תדירות	משך	אריזות לניפוק	יחידות לניפוק	הערות	מרשם
TARGIN 10 MG /5 MG (OXYCODONE HCL, NALOXONE HCL)	P.O	10 mg	ביום 1 X 2	10 ימים	1	20	טרגין 10 מ"ג פעמיים במים, למשך 10 ימים	✓

חתימת רופא משחרר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר מוגאהיד עאצס מ.ר. 104500	רופא/ה מתמחה	02/04/2020 13:07

שם רופא בכיר מאשר השחרור

השחרור אושר על ידי: ד"ר ממן

בכל פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

כל זכאות לזכויות שלכם מגל לגבי ההחלטות כל זכות אחרת אצלנו www.kolshofit.co.il	"קול הבריאות" 5400 לכל יחידות משרד הבריאות "כל הבריאות" המערכת לבדוק זכאויות: call.gov.il	משרד הבריאות לחייט בריאות ייתר ושיבת והורכבים הרפואיים הממשלתיים
--	---	---

מרכז הרפואי

מרכז הרפואי

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel Aviv University
Sackler Faculty of Medicine
Municipality Of Tel Aviv-Yaffo

מדינת ישראל
משרד הבריאות
מרכז הרפואי תל אביב ע"ש שוראסקי
מסגרת למסגרת הרפואית ע"ש שוראסקי
באוניברסיטת תל אביב
עיריית תל אביב-יפו

התחנה לכירורגית כתר
טל' 03-6973920 מקט' 03-6974489
shurib@tlvmc.gov.il

3/2/20

תאריך

לכבוד

ק"מ 46

הנדון: הזמנה לאשפוז לניתוח מתוכנן - החטיבה אורתופדית

הקדמת מכתב לאשפוז ביום 18/2/20 בשעה 08:00

שם הנבחן: Latanzit 503 (R)

נא להצטייד בטופס התחייבות לניתוח (טופס 17) או באישור תחייבות (חילום בלבד) לפי סדר הניתוח

יש להגיע באום מלא שעות 08:30

נא להגיע ולמסור את טופס התחייבות לפי המסומן

יש להתייעל במשרד הקבלה קומת קרקע אג"ב בין 07:00-16:00

יש להתייעל במשרד הקבלה קומת קרקע אג"ב

לאחר הסתדר המשרדי נא להגיע לתחנת האחריות במחלקת אורתופדית ב' מגדל אשפוז קומה 6

לתשומת ליבכם:

מרבית הניתוחים אינם מצריכים אשפוז לאחר הניתוח, ולכן רוב המנותחים ישוחררו ביום הניתוח.

הנכם מתבקשים להיות זמינים בחדר ההמתנה לאחר הניתוח, על מנת למנוע את הרומאים לאחר הניתוח. במידת הצורך תהיה לכם שיוח עם הרופא, ניתן להתקשר ליחידה לסתף יום למחרת ונקשר אותכם עם אחד מהמנתחים.

נציג - למשרד הקבלה
נא לקבל סימון
נא לקבל סימון

בברכה ובתכלות

תאריך ושעת ההדפסה: 10:13 19/04/2020

חסי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף למקלט לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך אורתופדי

מנהל מערך: דר' חורי אמל מ.ר. 29067

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: דר' חורי אמל מ.ר. 29067	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: גולן	שם פרטי: קים	ת.ז.: 308001783
תאריך לידה: 17/08/1992	גיל: 27	טלפון: 050-2802611
מין: זכר	גורם ממק: מכבי	כתובת: נביעות 2 ראשון לציון 7567010

נתוני ביקור - תאריך: 19/04/2020 שעה: 09:42 מספר ביקור: 37997429

מחלה נוכחית - אורתופדיה כתף

תלונה עיקרית: מעקב לאחר ניתוח

מחלה נוכחית

גיל: 27

יד דומיננטית: ימין

עיסוק: משרדי

פעילות גופנית: אחר גלישה

פניה בתלונה של: פריקה של כתף: ימין

הופיע: לאחר חבלת מתיחה/משיכה מתאריך: 04/08/2020

הערות / תוספות - תלונת המטופל: פריקה מלאה עם דרוקציה במימן בתאריך המתואר, בתנועה בנאלית במהלך שינה - החדיר עצמונית.

ציון תפקודי של הכתף subjective shoulder value: 10 %

Quick DASH score: 86

בדיקות עזר

MRA חק בנקרט רקמה רכה, חק היל זקם

אי סדירות לברום עליון עם אקסטנציה לברום אחורי.
19.04.20 - עמדה טובה של הפרגמנט והמקבע.

טיפול קודם שבוצע

פיזיותרפיה, החל ולא המשיך

ניתוח LATARJET תאריך: 02/04/2020

בדיקה כתף

תיאור מלי: סימטרי

סטטוס מורלוגי: חסר עצבי

ידידה תחושתית קלה בפיזור אולגרי - חשם כי מהמתלה.

צלכת בתוח: צד ימין: ללא אדום או הפרשה

צואר: חופשי

דלדול שרירים: צד ימין: ללא צד שמאל: ללא

מבחני בייספס

פומאי צד ימין: שליל

מבחני לברס

חרדה צד ימין: חיובי
 רילקיישן צד ימין: חיובי
 JERK צד ימין: חיובי
 אובראן צד ימין: חיובי
 מפתבוקיישן צד ימין: שליל
 גמישות יתר - 7 BRIGHTON
 אבחנות כתף: אי יציבות קדמית

אבחנות בביקור

- Closed dislocation of Shoulder / Upper arm (Right) (839.8)

בריא בדרך כלל

הרגלים

מעשן/ת: לא

אילוהל: לא

סמים: לא

שינה: אינה תקינה נעזר ב AMBIEN CR TAB 12.5 mg, נדודי שינה

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

לא ידועה רגישות לתרופות

סיקור כאב

המטופלת חשה/ה כאב: לא

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P INSTAB.OP. BANKART SHOULD. PUTI PLAT(PROTZMAN),MAGN (Right) (02/04/2020)

סיכום ודיון

מצב לאחר לטרג'ט מימין - מהלך קליני ורנטגני תקין.
 בשלב זה המשיך פיזיותרפיה לפי פרוטוקול,
 החלפת מתלה לשרוול המונע לחת על האמה המקורבת,
 ביקורת בעזר שישה שבועות.

הפניה לניתוח

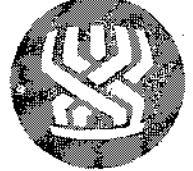
מופנה לניתוח: לא

ד"ר ביבס אסף מ.ר. 105379

מכתב נחתם ע"י

חתימה: _____

אסף ביבס
 מרפאה אורתופדית
 052-645011
 111 מלוא



הנדון: מר קים גולן, תאונת עבודה מתאריך 07/05/2019

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר קים גולן ת"ז 30800178/3, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה
מיום 07/05/2019

רמז: 1894
מס' תיק: 308001783-60-04
פיקדון תביעות
נפגעי עבודה

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

25.2.20

בפקס

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת נפגעי עבודה

מרחוב ישראל גלילי 7

ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 7.5.19

מצ"ב לבקשתכם תלוש שכר מטעם ספיריט בר לחודש מרץ 2019.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

תלוש משכורת לחודש 3/2019

כתובת:

שם החברה

ספיריט בר בע"מ

ת.ד. 6334, תל אביב 61481

ת"ק ניכויים

939410650 ב.ל

939410650 ה.מ.

מספר תאגיד - 512543711

[illegible]

2,187.00

חייב מ.ה.

2,187.00

חייב ב.ל.

2,152.00

ס"ה"כ תשל"ז

77.00

סה"כ ניכויים

2,075.00

שיכר נטו

2,075.00

נטא לונשלוס

21.67

תקן

5300

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש

182.00 17

ת

29.12

איופנרמטיה - שכר מינימום לשעה

סכום	כמות	יתרה	ניכוי רשות	הסכום	ניכוי חובה
				9.00	ביטוח לאומי
				68.00	דמי בריאות
			סה"כ	77.00	סה"כ

הערות:

נתונים מצטברים

ביהול העדריות

[illegible]

בתאריך 23/02/2020

בוצע ע"י: חורף אכדיה

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 25/02/2020 11:15
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	25/02 11:15
FAX NO./NAME	9426797
DURATION	00:00:37
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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

25.2.20

בפקס

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מחלקת נפגעי עבודה
 מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 7.5.19

מצ"ב לבקשתכם תלוש שכר מטעם ספיריט בר לחודש מרץ 2019.

1 מתוך 1

לכבוד
קיסם גולן
נביעות 2
ראשון לציון

713-054-220



ט"ו בשבט, תש"פ
10 בפברואר 2020

תאריך פגיעה: 07/05/2019

אדון נכבד,

תביעתך לתאונת עבודה מיום 07.05.19 אושרה.
על מנת שנוכל להמשיך טיפול בתביעתך עליך לצרף את המסמכים הבאים :

1. בהתאם לדיווחים במחלקת הגביה ישנו דיווח על עבודה בחברת "ספיריט בר" בחודש 03.19. על מנת שנוכל לחשב בסיס לתשלום יש להמציא תלוש שכר לחודש זה.

2. במסמכים הרפואיים הייתה התייחסות של רופאת המשפחה לליקוי PTSD אשר נגרם לטענתה כתוצאה מאירוע הפגיעה.
על מנת שיוכל לדון באפשרות זו.

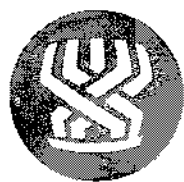
על מנת שנוכל לדון באבחנה זו יש לצרף מסמכים רפואיים מופסיכיאטר.

רצ"ב אישור הכרה לתאונה ואישור נוסף על הפגימה שנדחתה בגב.

לידיעתך, באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה, ככל שנגרמה נכות שכזו, בתוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך כתאונת עבודה (דהיינו מיום: 10/02/2020), ובאם לא תעשה כן במועד הנ"ל, הנך עלול לקבל פיצוי מופחת מכוח הוראות סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי.

~~בכבוד רב,
ל
מחלקת המחקר
מכון ויצמן למדע~~

העתק :
עו"ד פרייברג אריאל



תיק: 308001783-60-04

דף 1 מתוך 1

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן 5252204

713-054-220



תיק: 308001783-60-04

טייז בשבט, תשי"פ

10 בפברואר 2020

אדון נכבד/ גברת נכבדה,

הנדון: מר קים גולן, תאונת עבודה מתאריך 07/05/2019

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר קים גולן תי"ז 30800178/3, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה
מיום 07/05/2019

הממונה על הביטוח
בד"ר חגית חסון
פקיד חשבונות
נפגעי עבודה



המוסד לביטוח לאומי

דמי פגיעה

טל: 6050 או 8812345-04

פקס: 9426797-03

שעות מענה: א-ה 08:00-17:00

קבלת קהל: א,ה,ה 08:30-13:00

ב,ד 08:15-13:00

זימון תור ב-8321

סניף: ראשון לציון

ישראל גלילי 7

ראשון לציון 7542606

תיק: 308001783-60-05

לכבוד

קיס גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

713-054-220



תיק: 308001783-60-05

י"ח בטבת, תש"פ

15 בינואר 2020

30.1.20

שלום רב,
בהנחית שלחן בן דיוקס
ובן דבאסר דואר 141.20
היונכס ולינול כס גמסר
קק/ו

רשום

אדון נכבד,

הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה

בתאריכים 11/12/2019 ו- 01/01/2020 פנינו אליך בבקשה להמציא את המסמכים הבאים הנדרשים לצורך החלטה בתביעתך:

רצ"ב מכתב דרישת הפרטים.

מכיוון שטרם המצאת את המסמכים כאמור, אנו נאלצים לדחות את תביעתך לדמי פגיעה כמתחייב מהוראות תקנה 8 לתקנות הביטוח הלאומי – הגשת תביעה לגמלה ואופן תשלומה.

לתשומת ליבך, אתה רשאי להגיש תובענה על החלטתנו זו לבית הדין לעבודה ברח' שוקן 25 תל אביב-יפו 66532,

בתוך שנים עשר חודשים מיום קבלת הודעה זו. את התובענה יש להגיש ב 4 חזיתים.

עם זאת, אם תמציא את המסמכים והמידע החסר כמפורט מעלה במהלך התקופה האמורה (תוך שנים עשר חודשים), נראה את מועד הגשת תביעתך לראשונה כמועד הקובע.

לידיעתך, יש חשיבות למועד הגשת התביעה לצורך קביעת זכאות רטרואקטיבית.

לידיעתך, יש באפשרותך לפנות לוועדת תביעות תוך 6 חודשים ממועד קבלת ההחלטה בתביעת. ועדת תביעות רשאית לחמליץ לבחון שנית החלטת פקיד תביעות. לשם כך יש למלא טופס "פניה לוועדת תביעות" (ב.ל. 910).

ניתן להשיגו בסניפי המוסד לביטוח לאומי או לבקשו מהמוקד הטלפוני 6050* או באתר האינטרנט, כתובת האתר www.btl.gov.il

באפשרותך ללמוד על הוועדה ועל סמכויותיה באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי. הוועדה אינה מוסמכת לדון בנושאים רפואיים.

אין בפנייתך לוועדת תביעות כדי להאריך המועדים הקבועים בחוק להגשת תביעה לבית הדין.

לידיעתך, כל התכתבות או פניה חוזרת לביטוח הלאומי, וכן פניה לסיוע המשפטי אין בהן כדי להאריך את המועד להגשת ערעור.

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, Fax 077-3180983

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

16.1.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

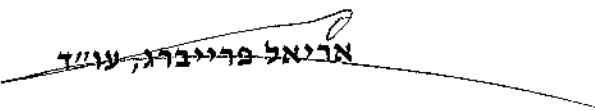
הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783
תאונה מיום 7.5.19

1. בהמשך לבקשתכם לעניין תלושי שכר מחודש פברואר ועד אפריל 2019, אציין כי מרשי התחיל לעבוד באפריל ולפני כן היה סטודנט.

מצ"ב תלוש שכר לחודש אפריל 2019

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

חברה : 080 - ירון אופיר מהנדסים
כתובת : מעלה השחרור 11
ישוב : חיפה 0

גולן קים
נביעות 2
ראשון לצ

כר הוציאת שמירות לביטול מיקרו מחשבים (1983) בע"מ: 222,398-ק"ח

7622.36 לתשלום

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 16/01/2020 10:56
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	16/01 10:55
FAX NO./NAME	9426797
DURATION	00:00:43
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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
 16.1.20

בפקס

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מחלקת נפגעי עבודה
 מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783
 תאונה מיום 7.5.19

1. בהמשך לבקשתכם לעניין תלושי שכר מחודש פברואר ועד אפריל 2019, אציין כי מרשי התחיל לעבוד באפריל ולפני כן היה סטודנט.

מצ"ב תלוש שכר לחודש אפריל 2019

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)

RAMAT GAN, 5252204

רמת גן 5252204

Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

14.1.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 4.8.19

1. מצ"ב לבקשתכם תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה, הצהרה מטעם המעביד, הצהרה על מסלול הנסיעה ותעודה רפואית מפסיכולוג שיקומי רפואי.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד



7.1.2020

לכל המעוניין בדבר,

הנדון: מכתות העובד קים גולן בחודשים אפריל- דצמבר 2019

קים עובד בחברתנו 'ירון אופיר מהנדסים' החל מתאריך 8.4.2019 במשרה מלאה.

בחודשים אפריל- מאי עבד בפרויקט מטעמנו באינטל קרית גת.

בחודשים יוני- דצמבר עבד בסניפנו בתל אביב, רחוב החשמונאים 83 תל אביב.

במהלך תקופה זו, עבר קים שתי תאונות עבודה ונעדר מעבודתו:

1. תאונה שהתרחשה בתאריך 7.5.2019. קים נעדר מעבודה בין התאריכים 7-12.5.2019

(סה"כ 6 ימים)

2. תאונה שהתרחשה בתאריך 4.8.2019. קים נעדר מהעבודה בין התאריכים 5-11.8.2019

(סה"כ 7 ימים)

בכבוד רב

ירון אופיר M.Sc

י. אופיר

מהנדס מבנים
מס' רישיון 88392

הנדון: הצהרת מסלול נסיעה מ/אל מקום העבודה

09/01/20

מספר תיק: 30800178-3

תאריך פגיעה: 04/08/19

כתובת מגורים: הירשנברג 14, ת"א

כתובת מקום העבודה: החשמונאים 83, ת"א

תהא זו הצהרתי:

מסלול הנסיעה ממקום העבודה אל כתובת המגורים הינו כדלקמן:

התחלת נסיעה ברח' קרליבך-רח' מרמורק (מקום התאונה) אל עבר שד' בן-ציון, משם אל רח' קינג ג'ורג', שמאלה אל רח' דיזינגוף ומשם אל י.ל. גורדון וסיום הנסיעה ברח' הירשנברג.

בברכה,

קים גולן.

 חתימה

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 15/01/2020 19:24
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	15/01 19:14
FAX NO./NAME	9426797
DURATION	00:09:18
PAGE(S)	05
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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

14.1.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783
תאונה מיום 7.5.19

1. מצ"ב לבקשתכם תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה, הצהרה מטעם המעביד והצהרה על מסלול הנסיעה.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

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

14.1.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783

תאונה מיום 7.5.19

1. מצ"ב לבקשתכם תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה, הצהרה מטעם המעביד והצהרה על מסלול הנסיעה.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

המסמך: הצהרת מסלול נסיעה מ/אל מקום העבודה

09/01/20

מספר תיק: 30800178-3

תאריך פגיעה: 07/05/19

כתובת מגורים: נביעות 2, ראשל"צ

כתובת מקום העבודה: שד' אבץ, אינטל, קרית-גת

תהא זו הצהרתי:

מסלול הנסיעה ממקום העבודה אל כתובת המגורים היום כדלקמן:

ירידה אל כביש 20 דרום במחלף משה דיין, ראשל"צ, התחברות לכביש 4 לכיון כביש 7 במחלף
אשדוד, ירידה אל כביש 6 דרום במחלף סורק, יציאה מערבה במחלף קרית גת אל כביש 35, פניה
בשד' פולק ומשם לשד' אבץ (מקום התאונה) אל מפעלי אינטל.

בברכה,

קים גולן.

חתימה

(בג"ד)

12/06/2019

טו יום

07/05/2019

5 ח"ט ד"ר מ"ס

במסר

17/05/2019

חולצה ומתחת כרופא

תאריך מדידה

תעודת חיוניות לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות כפופע עבודה למסד לבטיחות
למען כל הגשת תביעה עלתה למנוע המסך קבלת שירות רפואי מהקופה והבטיחה
הרשימה הבלעדית של המסד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 30/01/2020 12:27
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME 30/01 12:12
 FAX NO./NAME 9426797
 DURATION 00:14:29
 PAGE(S) 14
 RESULT OK
 MODE STANDARD

המוסד לביטוח לאומי



דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או *6050
 פקס: 03-9426797
 שעות מענה: א-ח 8:00-17:00
 א,ג,ה 8:30-13:00
 ב,ד 13:00-15:00
 וימון חוץ ב- *8321

סניף ראשון לציון
 ישראל גלילי 7
 ראשון לציון 7542606

תיק: 308001783-60-05

2 חתוך

לכבוד

קיס גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

713-054-220

תיק: 308001783-60-05

י"ח בטבת, תש"פ
 15 בינואר 2020



30.1.20

מספר תיק: 30800178-3

תאריך פגיעה: 04/08/2019

שלום רב,
 בהתאם לשלחון ירוק
 ידן קראטר דואר 141.20
 לאונכס וטיול כס גמס
 22/10

רשום

אדון נכבד,

חתוך: תביעה לתשלום דמי פגיעה

בתאריכים 11/12/2019 ו- 01/01/2020 פנינו אליך בבקשה להמציא את המסמכים הבאים הנדרשים
 לצורך החלטה בתביעתך:

רצויב מכתב דרישת הפרטים.

מכיוון שטרם המצאת את המסמכים כאמור, אנו נאלצים לדחות את תביעתך לדמי פגיעה כמתחייב
 מהוראות תקנה 8 לתקנות הביטוח הלאומי - הגשת תביעה לגמלה ואופן תשלומה.

למשומת ליבך, אתה רשאי להגיש תרועות על החלטותינו זו לזוהי חזון לעבודה רבתי שאנו זקוקים לה.



טל: 04-8812345 או 6050*

פקס: 03-9426797

שעות מענה: א-ה 8:00-17:00

קבלת קהל: א, ג, ה 8:30-13:00

ב, ד 13:00-15:00

זימון תור ב- 8321*

סניף: ראשון לציון

משרד גלילי 7

ראשון לציון 7542606

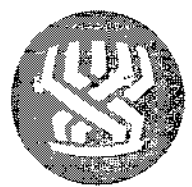
תזק: 308001783-60-05

מחנך 2

ממברר רב,
במסגרת
פיקוד מדינת
מפקד מדינת
מפקד מדינת

העתק:

עו"ד פרייברג אריאל



סניף: ראשון לציון

ישראל גלילי 7

ראשון לציון 7542606

דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או *6050

פקס: 03-9426797

שעות מענה: א-ח 08:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 08:30-13:00

ב,ד 00:15-13:00

זימון תור ב- *8321

תיק: 308001783-60-04

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן 5252204

713-054-220

דף 1 מתוך 1

תיק: 308001783-60-04

ד' בטבת, תש"פ

01 בינואר 2020



אדון נכבד/ גברת נכבדה,

הנדון: מר קים גולן, תאונת עבודה מתאריך 07/05/2019

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר קים גולן ת"ז 30800178/3, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה
מיום 07/05/2019

המוסד לביטוח לאומי
מנהל תביעות
פגיעה
במסגרת
הפיקוח
הממשלתי
על
הביטוח
לאומי



תיק: 308001783-60-04

לכבוד

קים גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

713-054-220

תיק: 308001783-60-04

ד' בטבת, תש"פ

01 בינואר 2020



שלום רב,

תזכורת

מכתב זה הוא תזכורת למכתבנו מיום 11/12/2019 המצורף בזאת.

אם לא נקבל מענה לפנייתנו בתוך 15 יום, נאלץ לדחות את תביעתך.

בכבוד רב,
בד"ר
פקס
למנהל
המוסד
לביטוח
לאומי
ראשון לציון

העתק:

עו"ד פרייברג אריאל



טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 03-9426797
שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 8:30-13:00
ב,ד 13:00-15:00
זימון תור ב-8321*

סניף: ראשון לציון
ישראל גלילי 7
ראשון לציון 7542606

תיק: 308001783-60-04

לכבוד

קים גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

1 מתוך 1

713-054-220

תיק: 308001783-60-04

י"ג בכסלו, תש"פ
11 בדצמבר 2019



מספר תיק: 30800178-3

תאריך פגיעה: 07/05/2019

אדון נכבד,

תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה, נבקש להמציא לנו תוך 21 יום, את הפרטים ואת המסמכים החסרים, כמפורט להלן:

נא לצרף את המסמכים הבאים:

1. תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה עמוד 2. (צורף עמוד 1 בלבד)

2. תלושי שכר לחודשים - 02.19-04.19 מכל המעסיקים אצלם עבדת. במידה ולא עבדת באחד מן החודשים אנא רשום הצהרה על כך.

3. הצהרתך מהו מסלולך לעבודה מידי יום.

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב,
בד"ר חן
מפקדת תביעות
נפגעי עבודה
המוסד לביטוח
לאומי

העתק:

עו"ד פרייברג אריאל

197/בל



תיק: 308001783-60-04

לכבוד

קיס מלן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

מתוך 2

713-054-220

תיק: 308001783-60-04

י"ח בטבת, תש"פ

15 בינואר 2020



מספר תיק: 30800178-3

תאריך פגיעה: 07/05/2019

רשום

אדון נכבד,

הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה

בתאריכים 11/12/2019 ו- 01/01/2020 פנינו אליך בבקשה להמציא את המסמכים הבאים הנדרשים לצורך החלטה בתביעתך:

רצ"ב מכתב דרישת הפרטים.

מכיוון שטרם המצאת את המסמכים כאמור, אנו נאלצים לדחות את תביעתך לדמי פגיעה כמתחייב מחוראות תקנת 8 לתקנות הביטוח הלאומי – הגשת תביעה לגמלה ואופן תשלומה.

לתשומת ליבך, אתה רשאי להגיש תובענה על החלטתנו זו לבית הדין לעבודה ברח' שוקן 25 תל אביב-יפו 66532,

בתוך שנים עשר חודשים מיום קבלת הודעה זו. את התובענה יש להגיש ב-4 העתקים.

עם זאת, אם תמציא את המסמכים והמידע החסר כמפורט מעלה במהלך התקופה האמורה (תוך שנים עשר חודשים), נראה את מועד הגשת תביעתך לראשונה כמועד הקובע.

לידיעתך, יש חשיבות למועד הגשת התביעה לצורך קביעת זכאות רטרואקטיבית.

לידיעתך, יש באפשרותך לפנות לוועדת תביעות תוך 6 חודשים ממועד קבלת החלטה בתביעה. ועדת תביעות רשאית להמליץ לבחון שנית החלטת פקיד תביעות. לשם כך יש למלא טופס "פניה לוועדת תביעות" (ב.ל. 910).

ניתן להשיגו בסניפי המוסד לביטוח לאומי או לבקשו מחמוקד הטלפוני 6050* או באתר האינטרנט, כתובת האתר www.btl.gov.il

באפשרותך ללמוד על הוועדה ועל סמכויותיה באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי. הוועדה אינה מוסמכת לדון בנושאים רפואיים.

אין בפגישתך לוועדת תביעות כדי להאריך המועדים הקבועים בחוק להגשת תביעה לבית הדין.

לידיעתך, כל ההתכתבות או פניה חוזרת לביטוח הלאומי, וכן פניה לסיוע המשפטי אין בהן כדי להאריך את המועד להגשת ערעור.



דמי פגיעה

04-8812345 IN *6050 : 50

03-9426797 : טקס

שעות מענה: א-ה 8:00-17:00

קבלת קהל: א, ג, ה 8:30-13:00

15:00-13:00 ד,ב

זימון תור ב - 8321*

סניף: ראשון לציון

ישראל גלילי 7

7542606 ראשון לציון

תיק : 308001783-60-05

דף 1 מתוך 1

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן 5252204

713-054-220

תיק : 308001783-60-05

די בטבת, תשי"פ

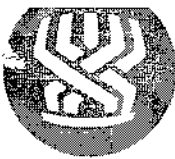
01 בינואר 2020

אדון נכבד / גברת נכבדה,

הנדון: מר קים גולן, תאונת עבודה מתאריך 04/08/2019

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר קים גולן ת"ז 30800178/3 , בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה
מיום 04/08/2019

לדוד רב,
בדוקדוק חן
פקיד חפירות
נפגעי עבודה



תיק: 308001783-60-05

לכבוד

קים גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

דף 1 מתוך 1

713-054-220

תיק: 308001783-60-05

י"ג בכסלו, תש"פ

11 בדצמבר 2019



מספר תיק: 30800178-3

תאריך פגיעה: 04/08/2019

אדון נכבד,

תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה, נבקש להמציא לנו תוך 21 יום, את הפרטים ואת המסמכים החסרים, כמפורט להלן:

נא לצרף את המסמכים הבאים:

1. מסלולך מהעבודה לביתך מידי יום.

האם כתובת העבודה קבועה או משתנה בהתאם לדרישות המעסיק?

2. תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה במידה ושהית בתקופת אי הכושר.

3. דוחות נוכחות בעבודה לחודשים 05.19 - 12.19 חתומים ע"י המעסיק.

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

למנהל המוסד לביטוח לאומי
מנהל רב,
מנהל חן
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:

עו"ד פרייברג אריאל

בל/197



סניף: ראשון לציון

ישראל גלילי 7

ראשון לציון 7542606

דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או 6050*

פקס: 03-9426797

שעות מענה: א-ה 8:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 8:30-13:00

ב,ד 13:00-15:00

זימון תור ב-8321*

תיק: 308001783-60-05

דף 1 מתוך 1

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן 5252204

713-054-220

תיק: 308001783-60-05

י"ג בכסלו, תשי"פ

11 בדצמבר 2019

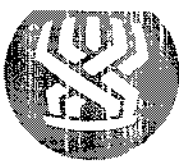


אדון נכבד/ גברת נכבדה,

הנדון: מר קים גולן, תאונת עבודה מתאריך 04/08/2019

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר קים גולן ת"ז 30800178/3, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה
מיום 04/08/2019

משרד
הביטוח
לאומי
פיקוח
מסלול
נפגעים
מאס



תיק: 308001783-60-05

1 מתוך 1

לכבוד

קים גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

713-054-220

תיק: 308001783-60-05

י"ג בכסלו, תש"פ

11 בדצמבר 2019



מספר תיק: 30800178-3

תאריך פגיעה: 04/08/2019

אדון נכבד,

תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה, נבקש להמציא לנו תוך 21 יום, את הפרטים ואת

המסמכים החסרים, כמפורט להלן:

נא לצרף את המסמכים הבאים:

1. מסלולך מהעבודה לביתך מידי יום.

האם כתובת העבודה קבועה או משתנה בהתאם לדרישות המעסיק?

2. תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה במידה ושהית בתקופת אי הכושר.

3. דוחות נוכחות בעבודה לחודשים - 05.19 - 12.19 חתומים ע"י המעסיק.

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב,
בנדקוב חן
מספר תביעות
על עבודה
מוסד לביטוח לאומי

העתק:

עו"ד פרייברג אריאל

בל/197



סניף: ראשון לציון

ישראל גלילי 7

ראשון לציון 7542606

דמי פגיעה

טל: 6050* או 04-8812345

פקס: 03-9426797

שעות מענה: א-ה 08:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 08:30-13:00

ב,ד 00:00-15:00

זימון תור ב-8321*

תיק: 308001783-60-04

דף 1 מתוך 1

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן 5252204

713-054-220

תיק: 308001783-60-04

י"ג בכסלו, תש"פ

11 בדצמבר 2019



אדון נכבד/ גברת נכבדה,

הנדון: מר קים גולן, תאונת עבודה מתאריך 07/05/2019

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר קים גולן ת"ז 30800178/3, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה
מיום 07/05/2019

אשראי לטובת
מס' ת"ז 30800178/3
מר קים גולן
פסק פגיעה
נפגעת עבודה



תיק: 308001783-60-04

לכבוד

קים גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

713-054-220



תיק: 308001783-60-04

י"ג בכסלו, תשי"פ

11 בדצמבר 2019

מספר תיק: 30800178-3

תאריך פגיעה: 07/05/2019

אדון נכבד,

תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה, נבקש להמציא לנו תוך 21 יום, את הפרטים ואת המסמכים החסרים, כמפורט להלן:

נא לצרף את המסמכים הבאים:

1. תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה עמוד 2. (צורף עמוד 1 בלבד)

2. תלושי שכר לחודשים - 02.19-04.19 מכל המעסיקים אצלם עבדת. במידה ולא עבדת באחד מן החודשים אלא רשום הצהרה על כך.

3. הצהרתך מהו מסלולך לעבודה מידי יום.

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

מספר תיק: 30800178-3
תאריך פגיעה: 07/05/2019
מספר תיק: 30800178-3
תאריך פגיעה: 07/05/2019

העתק:

עו"ד פרייברג אריאל

בל/197

תאריך הטיפול: 20/11/2019

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

צאג רועי

פיזיותרפיה

חומר מס' 136836



136836

טלפון: 03-5630333

פקס: 073-2284954

כתובת: בלפור 10, תל אביב - יפו

שם פרטי: קים	שם משפחה: גולן	פרטי הגבר:
ת.ז: 308001783	ת.ז: 17/08/1992	
טלפון: 0502802611	מין: ז	
סל. עבודה/נייד: 0502802611	כתובת: גבעות 2, ראשון לציון	
מיקוד: 7567010		

סיכום טיפול פיזיותרפיה

תאריך הפקת: 20/11/2019

308001783

ת"ז:

לכבוד דר' ד"ר פוקס עדי

מרת: גולן קים

MOTOR VEHICLE ACCIDENT - NOS •
WORK ACCIDENT •
CONTUSION ARM SHOULDER AXILLA •
CONTUSION FACE SCALP OR NECK •
POST TRAUMATIC STRESS DISORDER •

הופנה על ידי פיזיותרפיה עקב:

מטרות:

תאריך יציאה	תאריך יעד	המטרה
30/06/2019	30/07/2019	המטופל יסתכל למעלה ללא רגישות
30/06/2019	30/07/2019	המטופל יבצע חזרה במשך חצי שעה ללא עליות ברגישות
	30/06/2019	טיפול החל מ-

מדדי תוצאה:

שם מדד	ציון בקבוצה	ציון במחנה
מדדיה תפקודית (בטווח של 0-100)	34	37
רמת כאב (בטווח של 0 עד 10)	9	8
Physical Fear Avoidance - פחד מחזרה לפעילות גופנית	נמוך	נמוך

סוג סדרה כללית/אורטופדית

Therapeutic Exercises-

GROUP OPEN
THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו

Modalities-

MODALITY TRACTION CERVICAL

Administrative and Others-

EVALUATION REASSESSMENT
REFER GROUP THERAPY
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE
EDUCATION TECHNIQUES

Manual Therapy

MANUAL THERAPY

סה"כ 16 ביקורים

פיזיותרפיסט

גורם משהרר

חלקית

יכולת חזרה לפעילות

המטרות הושגו באופן חלקי

השגת מטרות הטיפול

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

27.2.20

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783
תאונה מיום 7.5.19

1. מצ"ב תעודה רפואית מטעם ד"ר רוז אבן, מומחה בפסיכיאטריה.

2. לעיונכם ולטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

תאריך הדפסה: 26/02/2020

מכבי שירותי בריאות

מספר גרסא



022602

ד"ר ח אבן

פסיכיאטריה למבוגרים

התמחויות:

מומחה בפסיכיאטריה

טלפון: 03-6022680

פקס: 03-6022680

כתובת: ועדת קטוביץ 42, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 308001783

שם פרטי: קים

שם משפחה: גולן

טל. עבודה/ביד: 0502802611

0502802611

סלפון:

מין: ז

ת.לדה: 17/08/1992



0308001783

מיקוד: 7567010

נביעות 2, ראשון לציון

כתובת:

מכתב

תאריך: 26/02/2020

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי המכתב ניתן אישית בידי המסופל

לפי בקשת

ובהסכמתו לוויתור סודיות

עדיין קשיי שינה ונוטל אמבין מרופאת המשפחה. לא חש סרנדה. מתקשה להירדם. ומתאר התפרצויות זעם ואי שקט. מחשבות מטרידות. סטרס תמידי. חש מותקף. ממשיך שיחות עם הפסיכולוג ארז בנאי. יעלה לסרנדה 100. עדיין סובל מתופעות פוסט טראומטיות. מיועד לניתוח כתף עוד כמה שבועות. ביקור חוזר מתאריך 17/09/2019: ברוטזולם עוזר להירדם. אך מתעורר בארבע בבוקר ולא מצליח לחזור לישון. הפסיק פסיכותרפיה. בגלל אילוצי חיים. עבר דירה. ינסה AMBIEN 12

ביקור חוזר מתאריך 20/08/2019:

תלונות סוביקטיביות על מתח ואינסומניה.

התחיל שיחות עם ארז בנאי. גר עם שותפים. עובד כמהנדס. סובל עקב תאונת דרכים. מתקשה לישון. תאונה ב 7 למאי. רכב על אופנוע מכונה חסמה אותו. נפגע בכתף. קרובי הנהגת בתאונה תקפו אותו כנראה כי היו ללא ביטוח וללא אמצעים. הגיש תלונה במשטרה והעביר בחקירה. מאז מתקשה לישון. הארוע היה ליד עבודתו בקרית גת. הכל צולם עי המשטרה. מאז באי שקט. מתעצבן מהר. סוקר כל העת בדמיונו את ארוע התאונה והתקיפה.

לסיכום: תופעות פוסט טראומטיות ואינסומניה לאחר תאונת דרכים.

בברכה,

ד"ר ח אבן

חתימה

ד"ר ח אבן
מומחה בפסיכיאטריה
14924 מס' רישוי

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 27/02/2020 18:18
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	27/02 18:17
FAX NO./NAME	9426797
DURATION	00:00:35
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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

27.2.20

בפקס

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מחלקת נפגעי עבודה
 מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון

א.ג.נ.,

הנדון: קים גולן, ת.ז. 308001783
 תאונה מיום 7.5.19

1. מצ"ב תעודה רפואית מטעם ד"ר רוז אבן, מומחה בפסיכיאטריה.

2. לעיונכם ולטיפולכם המסור אודה.



זכויות נפגע עבודה לקבלת טיפול רפואי

נפגע עבודה זכאי לכל טיפול רפואי שדרוש לו לצורך ריפוי, החלמה ושיקום רפואי בכל הקשור לפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לו כולל: אשפוז (כולל אשפוז סיעודי או טיפול סיעודי בביתך), תרופות, בדיקות רפואיות, צילומים, ניתוחים, מכשירים אורתופדיים וכל אביזר רפואי שדרוש.

שים לב! נפגע עבודה זכאי לטיפול רפואי רק עבור הפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

קבלת טיפול רפואי בקופת החולים

קופת החולים שאתה חבר בה תעניק לך את הטיפול הרפואי, כולל טיפול שאינו כלול בסל הבריאות. הקופה מחויבת לתת לך שירותי רפואה לפי מיטב הידע המקצועי, השירותים והמכשור הקיימים במערכת הרפואה הציבורית בישראל, ובהתאם לצורך הרפואי.

המימון לטיפול הרפואי מוסדר בין הביטוח הלאומי לקופת החולים, ואינך צריך לשלם על הטיפול.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לקבל מקופת החולים עבור פגיעתך שהוכרה, כולל:

- **תרופות** – אתה פטור מתשלום עבור תרופות, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **בדיקות רפואיות** – אתה פטור מתשלום עבור ביקורים אצל רופא, בדיקות, טפסי התחיבות צילומים וטיפולים במכונים, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **ציוד רפואי** – אתה פטור מתשלום עבור ציוד רפואי, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **החזר נסיעות** – אתה זכאי להחזר הוצאות נסיעה לצורך קבלת טיפול רפואי לפי התעריפים המקובלים בתחבורה הציבורית, ולאחר אישור של רופא הקופה. אם רופא הקופה קבע כי מצבך הבריאותי אינו מאפשר שימוש בתחבורה ציבורית, אתה זכאי להחזר עבור נסיעה באמצעי תחבורה אחרים כמו מונית או אמבולנס.
- **פינוי באמבולנס ביום הפגיעה** – אם ביום הפגיעה אמבולנס פינה אותך לצורך קבלת טיפול רפואי ראשוני, אתה זכאי לקבל החזר הוצאות עבור הפינוי מקופת החולים.

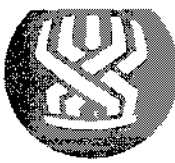
כדי לקבל את הטיפול הרפואי, עליך לפנות לקופת החולים שאתה חבר בה, ולהציג את אישור ההכרה בפגיעתך ואת פרוטוקול הוועדה הרפואית, לפי בקשת הקופה.

רופא קופת החולים הוא שקובע את היקף הטיפול הרפואי. באפשרותך לערער על החלטת רופא הקופה – את הערעור עליך להגיש בהתאם לסוג הטיפול:

- טיפול הכלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור לנציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות.
- טיפול שאינו כלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור למחלקת נפגעי עבודה בסניף הביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

קבלת טיפול רפואי באופן פרטי

אתה עשוי להיות זכאי לטיפול רפואי פרטי במקרים הבאים בלבד:



תיק: 308001783-60-04

3 מתוך 3

- **עזרה רפואית ראשונית דחופה** - כאשר אין באפשרותך לקבל את הטיפול במסגרת קופת החולים.
- **טיפול רפואי בהסכמת הקופה** - טיפול רפואי פרטי שהקופה הסכימה מראש ובכתב לממן אותו, על אף שלא בוצע אצלה.
- **טיפול שיניים** - תוכל לקבל מקופת החולים החזר הוצאות על טיפול שיניים. רצוי לתאם את טיפולי השיניים עם קופת החולים טרם ביצועם, כדי שתדע מראש אלו טיפולים הקופה תממן ומה סכום ההחזר. ההחזר משולם בתנאים הבאים:
 1. רופא קופת החולים קבע את טיפול השיניים בהתאם לפגיעה שהוכרה.
 2. החזר ההוצאות יהיה לפי תעריף קופת החולים.

אנו מאחלים לך בריאות והחלמה מהירה!



סניף: ראשון לציון

ישראל גלילי 7

ראשון לציון 7542606

דמי פגיעה

טל: 6050 * או 04-8812345

פקס: 03-9426797

שעות מענה: א-ה 8:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 8:30-13:00

ב,ד 13:00-15:00

זימון תור ב-8321*

תיק: 308001783-60-04

דף 1 מתוך 1

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן 5252204

713-054-220

תיק: 308001783-60-04

ט"ו בשבט, תש"פ

10 בפברואר 2020



אדון נכבד/ גברת נכבדה,

הנדון: מר קים גולן, תאונת עבודה מתאריך 07/05/2019

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר קים גולן ת"ז 30800178/3, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה
מיום 07/05/2019

בכבוד רב,
בדקוב חן
פקיד תביעות
נפגעי עבודה



תיק: 308001783-60-04

לכבוד

קים גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

713-054-220

תיק: 308001783-60-04

טי"ו בשבט, תשי"פ

10 בפברואר 2020



מספר תיק: 30800178-3

תאריך פגיעה: 07/05/2019

אדון נכבד,

תביעתך לגמלת דמי פגיעה, תאונה מתאריך 07/05/2019

הריני להודיעך כי תביעתך שבנדון אושרה ביום 10/02/2020 בגין חבלת רגל שמאל (ברך וקרסול), חבלת כתף מימין, חבלת עמוד שדרה צווארי.

יחד עם זאת, בהתאם לחוות דעת רופא המוסד, עליי לדחות את האבחנות בגין גב, שאינן קשורות לתנאי עבודתך/ לפגיעה שבנידון.

לתשומת ליבך, הרשות בידך להגיש תובענה על החלטה זו.

את התובענה יש להגיש ב 4 העתקים לבית הדין האזורי לעבודה ב רח' שוקן 25 תל אביב - יפו 66532, בתוך שנים עשר חודשים מיום קבלת מכתב זה.

לידיעתך, כל התכתבות או פניה חוזרת לביטוח הלאומי, וכן פניה לסיוע המשפטי אין בהן כדי להאריך את המועד להגשת ערעור.

לידיעתך, באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה, ככל שנגרמה נכות שכזו, בתוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך כתאונה עבודה (דהיינו מיום: 10/02/2020), ובאם לא תעשה כן במועד הנ"ל, הנך עלול לקבל פיצוי מופחת מכוח הוראות סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי.

לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב,
בודקוב חן
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:

עו"ד פרייברג אריאל