בבית משפט השלום
ברחובות

ת.א. 13477-04-20

בעניין שבין: **אילנה אנדריאנוב ת.ז. 346000672**
ע"י ב"כ עוה"ד יאל פרייברג
טל: 03-7412358 פקס: 077-3180983

התובעת

נגד

1. **קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים**
ע"י בכ' עוה"ד אילן חגי ואח'
ז'בוטינסקי 33רמת גן
טל: 03-7412358 פקס: 077-3180983

2. **הראל חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520004078**
ע"י ב"כ עוה"ד צבי יעקובוביץ (מ.ר. 6566) ו/או
ערן יעקובוביץ ו/או מירב אביב-רוטמן ו/או שירית
אושרוב ו/או נמרוד ברקוביץ ו/או מיטל חסקי
ו/או איריס קוטלר ו/או ענת שובל ו/או עופר שנקר
ו/או אפרת קום ו/או מורן אלמוג כהן ו/או אליס
סיוון ו/או אילן שפר ו/או ליבי שפרלינג ו/או ליאת
לוזון ו/או אמיר לינדנפלד ו/או אביטל עזר ו/או
שירה זילברפרב ו/או גיא מלכאי ו/או בוריס ברין
ו/או אורון גורן ו/או לימור אגי ו/או חן לופוביץ
ו/או מתן שרפי ו/או נועם כהן ו/או עדי פורטגנג-
זווין ו/או תומר חודורוב ו/או מיכאל קואינוב ו/או
יעקב פייגלין ו/או יעל קבלה ו/או ספיר טובי ו/או
לי אסייג ו/או חן בטט ו/או ליאור כהן
מרח' תובל 11, רמת גן 5252226
טל. 03-7511120, פקס. 03-7522206
דוא"ל: main@ykb-law.co.il
אתר: www.ykb-law.co.il

ט"ז טבת תשפ"ד, 28/12/2023 החלטה תיק 13477-04-20 עוז' משפטי לורידי לוי
לידיעת יתר הצדדים. *** נחתם דיגיטאלית ***

הנתבעים

מועד להגשה: 31.12.23 (בהסכמת ב"כ התובעת)

הודעה על הגשת תיק מוצגים

בהתאם להחלטת בימ"ש הנכבד מוגש בזאת תיק מוצגים מטעם הנתבעת מס' 2 (להלן"הנתבעת") בנדון.

1. הנתבעת מתנגדת לחלקים בתצהירי התובעת שיש בהם עדות שמיעה ו/או עדות סברה ו/או עדות שבמומחיות ו/או עדות שאינה בידיעתם האישית של המצהירים ו/או שיש בהם אמירות רפואיות ו/או שהכללתם בתצהירי העדות הראשית הינם שלא כדין.

2. הנתבעת מתנגדת להגשת כל מסמך שאינו מוגש על ידי יוצרו, הדברים נאמרים במיוחד בכל הנוגע לצילומי המסך של תכתובות הוואטסאפ שצירפה התובעת עם גורמים למיניהם

3. הנתבעת מתנגדת לכל שינוי חזית ו/או הרחבת חזית העולים מראיות התובעת.

הנתבעת מתכבדת להגיש תיק מוצגים מטעמה להלן:

א. תיק מל"ל בענף נפגעי עבודה - כפי שמצוי בידי הנתבעת לעת הזו

אורלי פרימס, עו"ד

ב"כ הנתבעת מס' 2

צבי יעקובוביץ, משרד עו"ד ונוטריון
רח' תובל 11, רמת -גן 52522. טל: 03-7511120 פקס: 03-7522206
main@ykb-law.co.il • www.ykb-law.co.il

תוכן עניינים

מס'	שם הנספח	עמ'
1	תיק מלל - נפגעי עבודה	5

נספח 1

תיק מלל - נפגעי עבודה

עמ' 5

נספח 1

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד
צ.ר. איסוף רפואי בע"מ
רמת גן

סניף: רמת גן
טלפון: 04-8812345 6050*

י"ת בחשון, תשפ"ב
24 באוקטובר 2021

מספר תיק: 34/600067-00-11

הנדון: **אישור על תשלומים בגמלת נכות מעבודה בשנת 2020**

אנו מאשרים כי לגב' אנדריאנוב אילנה, מספר זהות 34600067/2 שולמה גמלת נכות מעבודה עקב פגיעה בעבודה מיום 27/01/2019 על-פי הוראות פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי.

הגמלאות חושבו לפי שכר רבע שנתי (בסיס) על סך 26,964 ש"ח.

להלן פירוט התשלומים:

תאריך תשלום	הרכב תשלום		סה"כ תשלום ברוטו	פירוט ניכויים/חובות							סה"כ ניכויים	נטו לתשלום
	קצבה	אחר/חד פעמי		ביטוח בריאות	ארגון נכים	גמלת יתר	ביטוח חדדי	קיזוזים				
		תאור	סכום					תאור	סכום			
07/01/2020		קצבה 04/2019-12/2019	13,780									13,780
28/01/2020	684		684									684
28/02/2020	684		684									684
27/03/2020		מענק חד פעמי	29,412									29,412
29/03/2020	684		684									684
20/04/2020		קצבה 04/2020	500									500
סה"כ	2,052		43,692									45,744

אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.
בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים.

בכבוד רב,
פלוט-ניסמן יבגניה
נציג שירות
המוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד
צ.ר. איסוף רפואי בע"מ
רמת גן

סניף: רמת גן
טלפון: 04-8812345 6050*

י"ח בחשון, תשפ"ב
24 באוקטובר 2021

מספר תיק: 34/600067-00-11

הנדון: **אישור על תשלומים בגמלת נכות מעבודה מתחילת הזכאות**

אנו מאשרים כי לגב' אנדריאנוב אילנה, מספר זהות 34600067/2 שולמה גמלת נכות מעבודה עקב פגיעה בעבודה מיום 27/01/2019 על-פי הוראות פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי.
דרגת הנכות האחרונה שנקבעה לך על ידי ועדה רפואית היא בשיעור 10.00% יציבה מתאריך 01/04/2020
הגמלאות חושבו לפי שכר רבע שנתי (בסיס) על סך 26,964 ש"ח.

להלן פירוט התשלומים:

תאריך תשלום	הרכב תשלום		סה"כ תשלום ברוטו	פירוט ניכויים/חובות							סה"כ ניכויים	נטו לתשלום
	קצבה			ביטוח בריאות	ארגון נכים	גמלת יתר	ביטוח הדדי	קיזוזים				
								תאור	סכום			
2020	2,052		45,744									45,744
סה"כ	2,052		45,744									45,744

אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.
בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים.

בכבוד רב,
פלוט-ניסמן יבגניה
נציג שירות
המוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד
צ.ר. איסוף רפואי

רמת גן

608-213-110

תיק: 346000672-60-01
י"ח בחשון, תשפ"ב
24 באוקטובר 2021

הנדון: אישור תשלומים לגורמי חוץ בגמלת דמי פגיעה
פגיעה מתאריך 27/01/2019

אנו מאשרים כי לגברת אילנה אנדריאנוב מספר זהות 34600067-2 אושרה גמלת דמי פגיעה עקב פגיעה בעבודה מיום 27/01/2019 על-פי הוראות פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי.

הגמלה חושבה למבוטחת לפי שכר רבע שנתי(בסיס): 26,964 ש"ח כשכירה
גובה דמי הפגיעה ליום למבוטחת: 225 ש"ח.

1	28/01/2019	08/02/2019	12	מלא	
2	09/02/2019	27/04/2019	78	מלא	
3	28/04/2019	28/04/2019	1	מלא	
סה"כ 91 ימים לתשלום כשכירה					

1	29/04/2019	05/05/2019	7	תום תקופת אי הכושר
סה"כ 7 ימים לא לתשלום				

להלן פירוט התשלומים ששולמו למבוטחת:

11/02/2019	זכאות לתקופה	28/01/2019 - 19/02/2019	5,168	5,168	169	50	216				435	4,733
25/02/2019	החזר מס גימל זכאות לתקופה	20/02/2019 - 28/02/2019 20/02/2019 - 06/03/2019	178 3,370	3,548	110	33					143	3,405
13/03/2019	זכאות לתקופה	07/03/2019 - 20/03/2019	3,146	3,146	103	30					133	3,013
31/03/2019	זכאות לתקופה	21/03/2019 - 09/04/2019	4,494	4,494	147	44					191	4,303
15/04/2019	זכאות לתקופה	10/04/2019 - 17/04/2019	1,798	1,798	59	17					76	1,722
01/05/2019	זכאות לתקופה	18/04/2019 - 28/04/2019	2,472	2,472	80	24					104	2,368
סה"כ			20,626	**20,626**	**668**	**198**	216				1,082	**19,544**

בכבוד רב,
פלוט-ניסמן יבגניה
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

בל/ 200

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה
ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה.
על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק.

שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- **מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה, ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.**
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il..

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- לאחר הגשת התביעה, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.

באפשרותך לקבל שירות "עוץ והכנה לוועדות הרפואיות ללא תשלום במרכזי יד מכוונת.
המרכזים נמצאים בבאר שבע, ירושלים, פתח תקווה וחיפה.
לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.

- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים ,לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות /נכות מעבודה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/200(08.2019)

נא למלא מספר תעודת זהות 34600672

עמוד 1 מתוך 5

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

חותמת קבלה: המוסד לביטוח לאומי, רח' התקומה 30, יפו 61084, 03-10-2019

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך: דפים

מזכירות

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
אנדרגיאנו	אילנה	346000672

מין	עיסוק	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
☐ זכר ☒ נקבה	☒ שכיר ☐ מתנדב ☐ עצמאי		19.09.1993 (שנה חודש יום)

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
חרות	22			רעת א	

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0545931113	@

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 ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: 27.01.2019 (שנה חודש יום)

פרטים על הפגיעה: נפגעתי בתאונת דרכים עם אוטובוס בדרך לעבודה

3 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמצא עם כתובת הביטוח, אבל 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: משרד הבריאות | טלפון:

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
רחוב שלום	43			תל אביב	

המקצוע ערב הפגיעה: עובדת סוציאלית

בל/ 200 (08.2019)

נא למלא מספר תעודת זהות 34600672

3א מרכז מקום העמדה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הגבול

☐ שב"ס ☐ משא"ז

☐ משטרה ☐ אחר

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד

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 מקבל/ת אשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט איכילוב

שם בית החולים | תקופת אשפוז

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?

☐ לא ☒ כן, פרט רד תיאור הרפואי

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

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

אני מובטח/ת בקופ"ח כללית

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

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
	רד	
	תיאור	הרפואי

5 המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגרם אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבים והגבלה בתנועת כף יד ימין	
חוסר תחושה וחולשה בכף יד ימין	רד
כאבים והגבלה בברך קדמת ימין	
כאבים בגב תחתון והגבלה בגב ימין	

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?

☒ לא ☐ כן, פרט: _____

נא למלא מספר תעודת זהות 34600077

6 חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☒ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט [illegible]

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 ערעור 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 פיוע ייצוג בהגשת התביעה

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

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

☐ אחר _____

שם גורם מייצג או מסייע	כתובת	טלפון
עו"ד [illegible]	[illegible]	03-7412358

תאריך תחילת התקשרות: 27.2.19

בל/ 200 (08.2019)

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

		אלנה אנדרסון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לאומי הקטן	רעננה	001	22747019

לתבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ להשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני 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 מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להתתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי 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 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 17.9.17 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 גרם במרמה או ביודעין 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.

תאריך 17.9.17 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.

נרשם במרום

עמוד 1 מתוך 10

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך: 1 דפס, 0 1

רשמתמת 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 המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשבר זר)
אנגרשאנק	אילה	3 4 6 0 0 0 6 7 2

מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה (יום חודש שנה)	תאריך עלייה (יום חודש שנה)
	1 9 0 9 1 9 9 3	2 1 0 1 1 9 9 8

מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה ☒ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ ידוע/ה בציבור

כתובת הרשומה במרשם התושבים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
מרלה			22	רמת גן	5382140

טלפון קווי	טלפון נייד
	0 5 4 5 9 3 1 1 1 3

☒ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט

דואר אלקטרוני: ilanandrianek@gmail.com

☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS

כתובת למשלוח דואר (אם שונה מכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2 פרטי מעסיק (אם עובד אצל מעסיק אחר מאשר בסעיף 1)

שכיר/עובד/הכשרת מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
משפחת אלון טלקסר	מעצבת גרפית	

רחוב / תא דואר	מספר בית	ישוב	מיקוד	טלפון נייד
רבוע כלים 45	206	תל אביב		0 5 4 7 8 9 5 6 5 6

מס' פקס

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

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

עצמאי (אם הנך מגיש הודעה בתוך כמה ימים יש לצרף אישור על העבודה שאתה ביצענו/ היית אמור/ה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי

רחוב / תא דואר	מספר בית	ישוב	מיקוד	טלפון נייד

b211

מל 211 (09.2016)

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 2 מתוך 10

2א' פרטי מעביד ופרטי הפגיעה

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס ☐ משא"ז

☐ משטרה ☐ אחר

רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

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 (שנה חודש יום)	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
27/01/2019	רביעי	10:00		

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ בדרך לעבודה לרכב אחרי בקבלת הוראות מעצבאלי.
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך _____
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונת דרכים: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר מחלה 22 בחיפה לפקודת קב.אלית אל

תיאור הפגיעה: כיצד מגדרה עבמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מסף), נא פרט נפגעתי באמצעים רגולים
כמסלל הקבוצה לי לאוזרה אשלגים תוך אמי ושפלי אמי, נפלתי על הרגל, שברתי 2 עצמות

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 (שנה חודש יום)	שם מקבל ההודעה	תפקיד
27/01/2019	אנגלה טלפסקי	בקלינה

בל/ 211 (09.2018)

אין לי את הדיווח של האמבולנס

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 3 מתוך 10

4 [illegible]

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
2 [illegible]	[illegible]	[illegible]

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
19 10 2019 (שנה, חודש, יום) 10 (שעה)	—	

קופת חולים שבה אתה חבר
☐ כללית ☐ לאומית
☐ מכבי ☐ מאוחדת
☐ אחר

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

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה
[illegible]	[illegible]	[illegible]	

5 [illegible]

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

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

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

(09.2018) 211 בל

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 4 מתוך 10

6

1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☒ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	טיפלה בתאונה תחנת משטרה ב-	מספר התיק במשטרה
		[illegible]	43452/2019
2	האם נפגעת בהיותך:	☒ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)	
3	סוג הרכב המעורב בתאונה:	☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט [illegible] *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב	מספר רישוי
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 [illegible] ומספר הקו _____		
5	פרטי הנהג	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
	נוסעים נוספים ברכב:	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
		שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
6	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה
7	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 _____ התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____		

בל 211 (09.2018)

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 5 מתוך 10

7 פרטים על תאונה בנזיקין

סוג התאונה בנזיקין

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בכניין 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 הוויסתים ... 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
27 07 2019	
שנה חודש יום	שנה חודש יום

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

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

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה _____

☐ עבודה במשמרות

בל 211 (09.2019)

נא ציין את מספר תעודת זהות_____ ותאריך הפגיעה _____

9

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעה בפועל) _____

היקף מצעה 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 בנק לשם העברת תגמולים

כל התשלום ישולם לחשבון המוגדר לעיל. בהעדר הוראה, אבקש להעביר לחשבון שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

אלנה אינגשנק

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
קופת הקפאר	מוקד תשלי	001	22747018

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 תשבוני, 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 30/1/2019 חתימת מקבל התשלום * אלנה

11

פטור ממס הכנסה - שאינו דרישה לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

נא ציין את מספר תעודת זהות_____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 7 מתוך 10

12 [illegible]

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 ביודעין 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.

תאריך 30/01/2019 חתימת התובע × [illegible]

פרטי מגיש התביעה שאים הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	
	מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

כל/ 211 (09.2016)

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 8 מתוך 10

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

13

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שם היה על התובע לעבור או שבו עבד התובע ביום 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. שם _____ ת.ז. _____

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

שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה

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

☒ **פגיעה בדרך לעבודה:**

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 10:00 איזו משמרת? בוקר הכתובת שבה היה אמור לעבוד? רעל אלון

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

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

14

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
אלדר סלמאן	912512389016

תאריך תחילת עבודה:	מעמד העובד:	היקף המשרה ב-%	מספר ימי העבודה בשבוע:
10/9/17	☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי	100	5

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

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 השכר	העובד הוא: יומי	העובד הוא: חודשי	שכר ברוטו התייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו: סכום	לתקופה	שם המשלם
חודש 12	22	☐	☒	8989			
חודש 11	22	☐	☒	8989			
חודש 10	22	☐	☒	8989			
חודש 9	22	☐	☒	8989			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☒ העובד לא שב עדיין לעבודה.

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

☒ העובד ממשיך להימנות על שבדי המפעל: ☒ כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה. חתימת המעסיק _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

חתימת המעסיק _____ תאריך 30-1-19 שם ותפקיד החותם אלדר סלמאן חתימה וחותמת

אלדר קופנסקי "משרד טוב" ע.ב. 0344604236

מל 211 (09.2016)

נא ציין את מספר תעודת זהות_____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 9 מתוך 10

15 פרטים לגבי תשלום דמי מחלה ע"י המעסיק

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

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 21

☐ 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 חתימת 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 העסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 24-9-19 תפקיד החותם לא מעסיק שם החותם _____ חתימה וחותמת

"משהו טוב" 0344[illegible]

17 פרטים לגבי מיקום הפגיעה ומעמד המעסיק

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה נעדר 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 _____

חתימת המעסיק אותנטית X _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

בל 211 (09.2016)

משטרת ישראל

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה	יחידת בוחנים מחוז תא	**מספר תיק פלא**	2019 / 43457
תאריך	28/01/2019 כ"ב שבט תשע"ט 11:00	**סיווג תיק**	ת.ד. כללי
מס' תיק מסוף	0 - 2019 - 1456 - 2008	**מס' מסמך בתיק**	ב
טלפון	03-6802222	**פקס**	03-6803607
כתובת	אמץ 2 , תל אביב	**מייל**	johanim.telaviv@police.gov.il
נושא המסמך			

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 27/01/2019 בשעה 10:00

2. מקום התאונה: תל אביב -יפו. רחוב דרך בגין בכביש עירוני

הערות מקום:

3.פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
ללא מספר	(אופניים (במערכת ת.ד	

חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
אין ביטוח		אחר

מעורבים ברכב:

	שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
1)	נהג			

כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
ללא מספר	אוטובוס צבורי	

חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
לא הוצג		ישראלית

מעורבים ברכב:

	שיוך המעורב	ת.ז	שם	שנת לידה
1)	נהג	346000672	אילנה אנדריאנוב	19/09/1993

כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
רמת גן, חרות 22	הדסה עירוני - איכילוב	

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 28/01/2019

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
957464	לוי	נועם

פרטי השוטר המוסמך

מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
957464	רסב	לוי	נועם

משטרת ישראל
29 -01- 2019
חקירות יפו

תאריך ושעת ההדפסה: 13:56 27/01/2019
חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sorasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
SacklerSchool of Medicine

רפואה מצילה 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

שחרור רפואי

שם יחידה : מיון אורתופדי	מנהלת מחלקה : פרופ' הלפרן פנחס מ.ר.16786	אחות אחראית : נטע גלעם נגרי
טלפון : 03-6973232	פקס : 03-6973652	דוא"ל :

שם משפחה : אמריאנוב	שם פרטי : אילנה	ת.ז.: 346000672
תאריך לידה : 19/09/1993	גיל : 25	טלפון : 054-5931113
מין : נקבה	גורם מממן : ללא קופ"ח	כתובת : חרות 22 רמת גן 5254130

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 27/01/2019 10:42 מספר מקרה: 11843700

סיום טיפול במלר`ד :שחרור

מועבר למחלקה — שעת הודעה למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה — שעת העברה למחלקה

נתקבל
02. 04. 2019
מדינטק בע"מ

תלונה עיקרית

רוכבת אופניים שמדרסה ע"י אוטובוס
חבלת יד ימין
לא מחוסנת נגד טטנוס

מצב טוב
יציבה המודינמי, נירולוגי, נשימתי
נפיחות ורגישות-כף יד ושורש כף יד אמה ומרפק ימין סלל שיפשוף עור בכף יד-קיבלה טוקסויד

לבדיקה מיון אורטופדי

אבחנות במיון

- ACCIDENT – BICYCLIST (E819.6)
- SHOULDER AND UPPER ARM INJURY (Right) (959.2)

לא ידועה רגישות לתרופות

יעוצים

מבקש היעוץ: דר' דרמן אלכסנדר מ.ר.25790

מועד הבקשה: 27/01/2019 11:07

מופנה אל מחלקה: מיון אורתופדי

תאריך ביקור מתוכנן: 27/01/2019

הגדרת הבעיה: ת.אופניים
חבלת יד ימין

34000000004739

נרשם ע"י ח'טיב סלאח
בת 25 ,בריאה בד"כ, ללא רגישות ידועות לתרופות
מחוסנת לטטנוס.
יד ימין דומננטית

ביום קבלתה הייתה מעורבת בתאונת דרכים בתור רוכבת אופניים מול אוטובוס, פגע בה מהצד

סודי רפואי

שם: אילנה אנדריאנוב	ת"ז: 346000872	מקרה :	מחלקה: מיון אורתופדי

ונפלה על יד ימין. שוללת תבלת ראש או חבלות נוספות.

בבדיקתה-
נפיחות שפשופים והמטומה באצבעות 4+5 יד ימין, נפיחות בדורסום כף היד אספקט אולנרי.
הגבלה אנטלגית בניסיון כיפוף ויישור אקטיבי ב-MCPJ ו- PIPJ ,כיפוף ויישור מלא פסיבית.
רגישות במישוש מסרק 4+5 ,רגישות גליל מקורב זPIPJ אצבע 5.
ללא סיזורינג
ללא רגישות או הגבלה בשאר האצבעות
ללא רגישות גרמית בשורש כף היד, טווחי תנועה מלאים
תחושה שמורה מילוי קפלרי תקין.

בצילום- שבר אלכסוני מסרק אצבע 4+5 עם תזוזה

במיון- הושמה בסד גבס ULNAR GUTTER ב- INTRINSIC PLUS.
הוזמן CT כף יד ימין להערכת הצורך בניתוח

נתקבל
02. 04. 2019
מדינטק בע"מ

בצילום ביקורת ללא שינוי
פרטיה יועברו ליח כף יד להחלטה על המשך הטיפול
המלצות בשחרור
הוצג לדר בן שבת

חתימה: _____

מדדים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
10:52 27/01/2019	125 / 82	83

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
10:52 27/01/2019	125 / 82	83	100

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
10:52 27/01/2019	125 / 82	83	100

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	רוטינה	תפקודי קרישה
12:43 27/01/2019	בוצע	בוצע

ביצוע תרופות

	תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
P.O	OPTALGIN DRP 500 MG/ML 1000 mg	Once	27/01/2019 10:52 דקל דניאל	1000 mg
I.M	BOOSTRIX (DTP vaccine) 0.5 ml	Once	27/01/2019 11:28 כהנא יהונתן	0.5 ml
P.O	ACAMOL TAB 500MG TAB 1000 mg	Once	27/01/2019 11:28 כהנא יהונתן	TAB 1000 mg

סיכום

XXX

המלצות כלליות

המלצה: דיקת אורטופד מיון-המלצות במכתבו המצורף:
שיכוך כאב לפי הצורך.
יד במתלה.
בהחמרה לפנות לרופא .
אין להרטיב את הגבס.
אם זקוקה לטיפול ניתוחי ◆ תור ייקבע בהקדם על ידי יחידת כף יד.
חופשת מחלה: 14 ימים.

סודי רפואי

שם: אילנה אנדרייאנוב	ת"ז: 346000672	מקרה :	מחלקה: מיון אורתופדי

חתימת אחות משחררות

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
27/01/2019 13:56	אח/ות משחרר/ת	לשם סמדר מ.ר.9412

רופא/ה משחררות

זמן חתימה	תפקיד	שם החותם
27/01/2019 11:06	רופא/ה משחרר	דר' דרמן אלכסנדר מ.ר.25790

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

נתקבל
02. 04. 2019
מדינטק בע"מ

4EDINTEC 14/4/19 SCANNED

אנדריאנוב אילנה
25
34600067-2
27.01.19
11843700
[redacted]
מרכז רפואי ת"א

עמוד 1 מתוך 2

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק הנכה, נא עיין בהבריה הנספר שבעמוד

1

0 5 0 7 8 9 5 6 5 6	925428906	[illegible]

2

[illegible]	[illegible]	☐ זכר ☒ נקבה	2 4 6 0 0 0 6 7 2
22			[illegible]
			0 5 4 5 9 3 1 1 1 3

3

19/01/27	09:00	

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך לא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה: [illegible]

תיאור התאונה: [illegible]

[illegible]

שם הנפגע [illegible] תאריך 27/1/19 [illegible]

4

[illegible]

מאפס זה מסוכה בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

כללית 100 שנה
הבי טובה למשפחה

תחום רפואת משפחה
מספר רשיון 27363
כתובת דרך אבא הלל, 77
טלפון 03-7535300
מרפאה:מערב מחוז:דן פ"ת

תאריך 03/03/2019

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אנדריאנוב אילנה	00-34600067-2	25.05	נ	19/09/1993	סרגיי

ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
		0	54 - 5931113	

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 27/01/2019 שעת התאונה: 09:00

שם המעביד וכתובתו: אלעד סטפנסקי

תאור התאונה: ב27/01/2019 הייתה מעורבת בתאונת אופנים עם חבלת כף יד ימין ועידות לשברים במסרקים 4+5 . טופלה במיון בה"ח איכילוב

המוסד לביטוח לאומי
סניפי רמת-גן
05 -03- 2019
נתקבל
דלפק קדמי גמליים

היכן קיבל טיפול קודם: *

שם הרופא המטפל: דר' גורביץ

נרשם במרום

הממצאים הקליניים: ממצאים מתאריך 03/03/2019:
גבס ביד ימין , תנועות אצבעות שמורות . ללא נפיחות במרפק
:03/03/2019

אבחנות

אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION OF RT HAND		
CLOSED FRACTURE METACARPAL BONES 4-5		
INJURIES		U80

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☑ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 27/01/2019 עד יום 06/02/2019 (בכלל) סה"כ 11 ימים

03/03/2019	03/03/2019
ת. הבדיקה	תאריך מתן התעודה

ד"ר אירינה גורביץ'

חתימה וחותמת הרופא של השירות הרפואי במוסד

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

המוסד לביטוח לאומי

נכות מעבודה
תאריך הפגיעה - 27/01/2019

דו"ח ועדה רפואית

אילנה אנדריאנוב, מספר זהות 346000672

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי רמת גן	סניף ראשי רמת גן	NV-3656-3900	01/01/2020

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
אילנה אנדריאנוב	346000672	19/09/1993	נקבה	חרות 22, רמת גן 5254130

טלפון:
054-5931113

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
27/01/2019	• **מעמד תעסוקתי:** שכיר **תיאור המקרה:** חבלה תאונת דרכים/חבלה מרכב-אוטובוס שיפשף אותה. **מהות המקרה:** חבלת כף יד ימין אצבעות 4+5, אמה ומרפק ימין.

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
28/01/2019	28/04/2019	91 ימים

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
29/04/2019	05/05/2019	תום תקופת אי הכושר-92'ס

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות

משתתפי הוועדה

אריה זיו	כירורגיה אורטופדית
חיים בונן	מזכיר הישיבה

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-3656-3900 תאריך: 01/01/2020

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

לקוח	כאבים ביד מפריע לי בכל תחומי החיים מפריע לי לישון והכאבים בשבר שכאשר מפעילה לחץ יש כאבים חזקים יותר.
עורך דין	מדובר בשבר ביד ימין דומיננטית הייתה בחופשה ממושכת עבודה בגרפיקה מוגבלת עם היד המשיכה במעקב .בוצעה בדיקת סי טי הדגימה איחוי חלקי ממצא בולט במסרק 5.החלה לסיבול מהרדמות וחוסר תחושה של האצבעות מאז כאבים והגבלה באצבות וכף יד ימין.כאב בחילופי מזג אוויר ולאחר מאמץ.

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות,

הצהרה

הצהרה של אילנה אנדריאנוב

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: חיים בונן, אריה זיו
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:

ממצאים

מסמכים
רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בצילום כף יד ימין מ 27.01.2019 שברים אלכסונים במסרקים 4.5.צילומי סי טי מאותו תאריך ממצאים דומים.
בבדיקה כף יד ימין . ללא עיוות קיצור קל של מסרק חמש. כפוף ופשיטת אצבעות מלאים . ללא שנויים ד'יסטרופים . ללא דלדול שרירים בכף היד . תחושה , כוח שרירים והחזר קפילרית שמורים . אינטרינסק פלוס . קרוב ופיסוק אצבעות שמורים .

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-3656-3900 תאריך: 01/01/2020

מסקנות

מצב לאחר שברים בעצמות המסרק 4-5 בכף יד ימין .
לא הוצג צילום עדכני . המצב עדיין זמני .
לוועדה הבאה צילום עדכני של כף יד ימין

אבחנות

אבחנות

816 - (שבר באצבע או באצבעות (יד	ימין	27/01/2019	קשר סיבתי לפגימה שהוכרה

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-3656-3900 תאריך: 01/01/2020

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות
מ: 29/04/2019 עד:31/08/2019	שבר באצבע או באצבעות (יד)		30% זמני	
מ: 01/09/2019 עד:31/12/2019	שבר באצבע או באצבעות (יד)		20% זמני	
מ: 01/01/2020 עד:31/03/2020	שבר באצבע או באצבעות (יד)		10% זמני	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול למס הכנסה
29/04/2019	31/08/2019	זמני	30%	
01/09/2019	31/12/2019	זמני	20%	
01/01/2020	31/03/2020	זמני	10%	

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-3656-3900 תאריך: 01/01/2020

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: אריה זיו

אני מצהיר/ה בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: אריה זיו כירורגיה אורטופדית מספר רישיון: 15469

הצהרה של מזכיר הוועדה: חיים בונן

אני מצהיר/ה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצא/ת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: חיים בונן

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-3656-3900 תאריך: 01/01/2020

נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation for work injury	19/03/2019
ב. רופא בבי"ח - כף יד Hand surgery	06/03/2019
תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury	03/03/2019
תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation for work injury	03/03/2019
הפניה למרפאה	03/03/2019
הפניה לפרוצדורה	03/03/2019
ב. רופא בבי"ח - כף יד Hand surgery	06/02/2019
זימון לתור לרופא/מרפאה	06/02/2019
הפניה לדימות	27/01/2019
ייעוץ רופא מומחה באשפוז Hospital consultation	27/01/2019
ביקור גלובלי במיון ER -global charge	27/01/2019
הפניה לדימות	30/01/2019
ביקור גלובלי במיון ER -global charge	30/01/2019
טופס למתן טיפול רפואי לנפגע בעבודה (בל 250)	27/01/2019
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	03/02/2019
תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)	07/10/2019
אש. אורטופדיה Orthopedic-hospitalization	27/01/2019
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	06/02/2019
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	06/03/2019
זימון לתור לרופא/מרפאה	06/03/2019
הפניה לדימות	17/04/2019
פיזיוטרפיה (סיכום)	08/04/2019
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	17/04/2019
הפניה לבדיקה	19/05/2019
הפניה לדימות	25/06/2019
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	19/06/2019
זימון לתור לרופא/מרפאה	19/06/2019
EMG אלקטרומיוגרפיה ממוחשבת (כמותית)	20/06/2019
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	07/10/2019
הפניה לפרוצדורה	25/06/2019
בדיקת CT	11/07/2019
הפניה לבדיקה	01/09/2019
הפניה לפרוצדורה	01/09/2019
תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)	03/10/2019
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	23/10/2019
בדיקת CT	31/07/2019

נספח 2

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- <u>מהו סעיף ליקוי?</u>

בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.

המוסד לביטוח לאומי

נכות מעבודה
תאריך הפגיעה - 27/01/2019

דו"ח ועדה רפואית לתום זמניות

אילנה אנדריאנוב, מספר זהות 346000672

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי רמת גן	סניף ראשי רמת גן	NV-4222-3900	11/03/2020

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
אילנה אנדריאנוב	346000672	19/09/1993	נקבה	חרות 22, רמת גן 5254130

טלפון:
054-5931113

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
27/01/2019	• **מעמד תעסוקתי:** שכיר **תיאור המקרה:** חבלה תאונת דרכים/חבלה מרכב-אוטובוס שיפשף אותה. **מהות המקרה:** חבלת כף יד ימין אצבעות 4+5, אמה ומרפק ימין.

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
28/01/2019	28/04/2019	91 ימים

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
29/04/2019	05/05/2019	תום תקופת אי הכושר-ס'92

החלטה אחרונה מתאריך 01/01/2020

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
30.0%	29/04/2019	31/08/2019
נכות רפואית	**מתאריך**	**עד תאריך**
20.0%	01/09/2019	31/12/2019
נכות רפואית	**מתאריך**	**עד תאריך**
10.0%	01/01/2020	31/03/2020

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 | מס' ועדה: NV-4222-3900 | תאריך: 11/03/2020

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות

משתתפי הוועדה

בוריס יוסף	כירורגיה אורטופדית
חיים בוגן	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

לקוח	
עורך דין	אין שינוי עדיין מטופלת במסגרת פיזוטרפיה וריפוי בעיסוק. עובדת כמעצבת גרפית העבודה כרוכה בשימוש יד ימין הדומיננטית נזקקת להפוגה בגלל כאבים.הכאבים בעת הפעלת לחץ שימוש ביד וילופי מזג אוויר.מבקשים נכות צמיתה.

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

החל עבודה חדשה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות,

הצהרה

הצהרה של אילנה אנדריאנוב

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: חיים בוגן, בוריס יוסף
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-4222-3900 תאריך: 11/03/2020

ממצאים

מסמכים

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בבדיקה כף יד ימין ללא ניפיחות או עיוות עצמות תנועות אצבעות הופשיות מבצעת קמיצת אגרוף מלא ללא חוסר נוירוסקולרי ביד רגישות מעל מסרק 4.5 צילום ביקורת 04.03.2020 שבר אלכסון מסרק 4.5 עם חיבור וקיים קיצור של מסרק 5.

מסקנות

נכותה 5% לצמיתות.

אבחנות

אבחנות

816 - (שבר באצבע או באצבעות (יד ימין		27/01/2018	קיים קשר סיבתי

תקנה 15

הוועדה החליטה שאין להגדיל את אחוזי הנכות על פי תקנה 15

אין ירידה בשכר

אילנה אנדריאנוב, מס' זהות: 346000672 מס' ועדה: NV-4222-3900 תאריך: 11/03/2020

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות
מ: 01/04/2020	שבר באצבע או באצבעות (יד)	35(1)(ב) ארטריטיס רבמטואידית או ניוונית, השפעה קלה על כושר הפעולה הכללי או התנועות	10% צמית	- איבר:גפה עליונה - צד: ימין

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול למס הכנסה
01/04/2020		צמית	10%	

■ **מ- 01/04/2020 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 10%**

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: בוריס יוסף

אני מצהיר/ה בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: בוריס יוסף כירורגיה אורטופדית מספר רישיון: 22835

הצהרה של מזכיר הוועדה: חיים בונן

אני מצהיר/ה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצא/ת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: חיים בונן

נספח 2

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?

בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.

- מהי תקנה 15?

הגדלת דרגת נכות לנפגע שאינו מסוגל לחזור לעבודה.
כאשר נקבעת דרגת נכות לצמיתות, בודקת הוועדה אם הנכות שנגרמה מהפגיעה בעבודה משפיעה על היכולת של הנפגע לחזור לעבודה שעבד בה לפני הפגיעה ואם הנכות גרמה לירידה משמעותית וקבועה בהכנסותיו.
במקרים אלה, הוועדה יכולה להגדיל את דרגת הנכות לצמיתות עד למחצית דרגת הנכות שנקבעה.
ההחלטה על הגדלת דרגת הנכות על פי תקנה 15 היא בסמכות הוועדה הרפואית. במקרים מסוימים הוועדה מתייעצת בוועדת רשות המורכבת מפקיד תביעות, עובד שיקום ורופא. בדרגת נכות המזכה במענק, תוגדל דרגת הנכות מכוח תקנה 15, עד 19% בלבד. בדרגת נכות המזכה בקצבה, תוגדל דרגת הנכות עד למקסימום 100%.