

נספח ב' - בקשה למימוש זכויות - אובדן כושר עבודה

א. פרטי התובע/מבוטח

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
0032400689	נ	06	ח	06 06 1973

כתובת מגורים/ישוב	רחוב/ת.ד.	מספר	מיקוד
מסמך	101 רחוב	17	3784000

טלפון	טלפון נייד
	0545818119

אופן קבלת הודעות ומסמכים - יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עמך:

☒ מספר טלפון נייד 0545818119 אני מסכים כי המסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו במסרון לנייד שלי, במקום באמצעות הדואר.

☐ דוא"ל (לצורך קבלת מסמכים בדוא"ל יש לציין גם מספר טלפון נייד) אני מסכים כי מסמכים ומסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי ולא באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.

☐ אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אלי בדואר ישראל בלבד.

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות:

☐ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) ☐ דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הקוחות בטלפון 5454*

ב. פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	קרבה למבוטח
כתובת מגורים	רחוב	מס' ת"ד	ישוב
מספר טלפון נייד	מספר טלפון		
דוא"ל	אני מסכים כי מסמכים והודעות בנושאי תביעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר. חתימה:		
תאריך	חתימת המבוטח המאשר מימי איש קשר		

ג. פרטים נוספים

מספרי הפוליסה/ות לביטוח חיים

מעמד (מחק את המיותר)	מקצוע	עיסוק בפועל (לפני קרות האירוע)	מקום העבודה
שכיר/עצמאי			





מדינת ישראל משרד הפנים دولة اسرائيل وزارة الداخلية سفر הזהות 0 3240068 1 שם המשפחה: מטיס שם הפרטי: עידו השם: מטיס תאריך הלידה: 26.03.2019 כ"ט באדר ב' התשע"ט המעמד: אזרחות ישראלית ילד/ילדה ולד/ולדת שם המשפחה: מטיס שם הפרטי: רוני השם: מטיס תאריך הלידה: 21.01.2012 כ"ו בטבת התשע"ב המעמד: אזרחות ישראלית	מדינת ישראל משרד הפנים دولة اسرائيل وزارة الداخلية سفر הזהות 0 3240068 1 שם המשפחה: מטיס שם הפרטי: עידו השם: מטיס תאריך הלידה: 26.03.2019 כ"ט באדר ב' התשע"ט המעמד: אזרחות ישראלית ילד/ילדה ולד/ולדת שם המשפחה: מטיס שם הפרטי: רוני השם: מטיס תאריך הלידה: 21.01.2012 כ"ו בטבת התשע"ב המעמד: אזרחות ישראלית	מדינת ישראל משרד הפנים دولة اسرائيل وزارة الداخلية سفر הזהות 0 3240068 1 שם המשפחה: מטיס שם הפרטי: עידו השם: מטיס תאריך הלידה: 26.03.2019 כ"ט באדר ב' התשע"ט המעמד: אזרחות ישראלית ילד/ילדה ולד/ולדת שם המשפחה: מטיס שם הפרטי: רוני השם: מטיס תאריך הלידה: 21.01.2012 כ"ו בטבת התשע"ב המעמד: אזרחות ישראלית	מדינת ישראל משרד הפנים دولة اسرائيل وزارة الداخلية سفر הזהות 0 3240068 1 שם המשפחה: מטיס שם הפרטי: עידו השם: מטיס תאריך הלידה: 26.03.2019 כ"ט באדר ב' התשע"ט המעמד: אזרחות ישראלית ילד/ילדה ולד/ולדת שם המשפחה: מטיס שם הפרטי: רוני השם: מטיס תאריך הלידה: 21.01.2012 כ"ו בטבת התשע"ב המעמד: אזרחות ישראלית
--	--	--	--



ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורות ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס 2023

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנלל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד לממן הקלות במס ולערוכת תיאומי מס בחשבוני משובדתי⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.
(ראו הסברים (לפי המספורים) מעבר לדף)

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. מרטי העובדת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה		שם פרטי		תאריך עליה		תאריך לידה	
032400689		06-		17		17		06.06.1975	
מנובת פרסית		9		17		3784000		מספר טלפון	
מין		מצב משפחתי		מספר		עיר/שוב		מיקוד	
זכר ☐ נקבה ☐		רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐		תושב ישראל		חבר בקופת חולים		קידומות	
		גר/דושה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור מ"ש)		כן ☐ לא ☐		כן, שם הקופה ☐ כרי ☐ לא ☐			

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (ע"י טפח תעודת זהות) ד. פרטים על תכונותי ממשגה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

- ☐ משכורת חדש⁽²⁾
- ☐ משכורת בעד משדה נוספת⁽³⁾
- ☐ משכורת חלקית⁽⁴⁾
- ☐ שבר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾
- ☐ קצבה⁽⁶⁾
- ☐ מלגה⁽¹⁾

[illegible]

ה. פרטים על הכנסות אחרות

4. אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)
☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
☐ משכורת חודש (2)
☐ קצבה (4)
☐ משכורת בעד משרה נוספת (1)
☐ מלגה (1)
☐ משכורת חלקית (1)
☐ שכר עבודה (עובד זוימג) (5)
 אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן:
☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מוט כנגד הכנסתי זו
 (סעיף ד'). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת (7)
☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מוט בהכנסה
 אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו (8)
☐ אין מפרשים עבודי לקרן השתלמות בגין הכנסתי
 האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות
 בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)
☐ אין מפרשים עבודי לקצבה/לביטוח אובדן כושר
 עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד
 לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי
 האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10)

ג. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
031756763	רמב	מר	02101913	
☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☒ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☒ עבודה/קצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת				

שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לזה)

תאריך השינוי	פ ר ט י ה ש י נ ו י	תאריך ההדעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	



ד. פרטי חשבון בנק (נא צרף צילום המחאה מבוטלת)

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנדונה:

שם בעל החשבון		מספר זהות		כתובת למשלוח הודעת זיכוי	
ד"ר ואלט מל		032400681		ואר נחרי דר מל	
שם בנק	מס' בנק	שם סניף	מס' סניף	מספר חשבון	
מל			647	1533521	

*ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוח. לידיעתך, חברתנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלוח המחאה לפקודתך לכתובת המצוינת בערכת תביעה זו. שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למנהלי התביעות.

תאריך: 25.1.24 חתימת בעל החשבון: X

ה. פרטי התביעה

1. תביעה לאובדן כושר עבודה מלא ☒ חלקי ☐
2. תאריך קרות האירוע

שנה	חודש	יום
2023	09	24

ו. פרטים על אובדן כושר עבודה

1. סיבת אובדן כושר עבודה (סמן):

- מחלה
- מחלת מקצוע
- תאונת עבודה
- תאונת דרכים - עבודה
- תאונת דרכים
- פעולת איבה או מלחמה
- שמירת הריגון

2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? אנא תאר את פרטי הארוע

24.9.23 אר מח

3. האם אתה עדיין מטופל במרכז רפואי כלשהו? כן ☐ לא ☐

אם כן פרט את שם המרכז הרפואי: מרכז הרפואי



4. עד מתי עבדת לאחרונה?

24.9.23

5. באיזה עיסוק? נהג

6. מה שמו של המעסיק האחרון אצלו הועסקת?

חשבת מחירים

7. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא? אם כן-עד מתי?

כן מזה 7 חודשים

8. האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה/מחלה? אלו בעיות רפואיות? מתי סבלת מאותן בעיות רפואיות?

9. האם חזרת לעיסוקך או לעיסוק אחר? כן לא X

אם כן, פרט מהו העיסוק:

שם מקום העבודה:

מתי התחלת לעסוק בה מהי ההכנסה החודשית מהו היקף המשרה

(גא לצרף תלושי שכר)

10. האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו או בחברה כלשהי? כן לא X
אם כן, מהו העסק, מה שיעור בעלותך בו ומהם התקבולים שאתה מקבל ממנו?

11. האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? כן לא X

אם כן, פרט את כל מקורות ההכנסה מכל מין שיש לך:

12. האם יש לך ביטוחים אחרים לרבות קרנות פנסיה, המכסים נכות ו/או אובדן כושר עבודה? נא מסור פרטים שם חברה, מספר פוליסה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד.

13. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות התאונה/המחלה? כן לא X
אם כן- פרט:

14. האם הגשת תביעה לגורם ממשלתי כלשהו? והאם הינך מקבל פיצוי מאותו גורם?

15. במקרה של תאונת דרכים: האם הגשת תביעה לחברת הביטוח עקב התאונה? אם כן, מהו שם החברה? האם נבדקת על ידי מומחה מוסמך / מומחה בית משפט כן לא X אם כן - נא להמציא לנו עותק חוות דעת רפואית

כן



ז. פרטים נוספים על המבוטח

1. מהי השכלתך / הכשרתך המקצועית?

דואר תואר ראשון

2. פרט מה היו עיסוקיך ב-5 השנים האחרונות, כדלהלן:

עיסוק	השנים בהם עסקת בו	מעמדך שכיר/עצמאי	שם העסק	סיבה להפסקת עבודתך באותו עיסוק
מנהל	מנהל	שכיר	חברת פירמה	
מנהל	מנהל	שכיר	חברת פירמה	

ח. הצהרת המבוטח - שימוש במידע ושמירתו

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, יישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.

תאריך: 25.7.24 שם פרטי ושם משפחה: משה 194 חתימה: [חתימה]

במידה וממונה אפוסטרופוס (חתימתו):

תאריך: שם פרטי ושם משפחה: חתימה:

אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע לחברת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח



קוד מסמך 196

טופס ויתור על סודיות רפואית

חלק א'

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

שם משפחה נב"ס שם פרטי דן תעודת זהות 032400681 שם האב _____
רחוב אור נחל מספר 17 עיר לוד מיקוד 374400 טלפון _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או למשטרת ישראל / לת"ן ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין לרבות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשטרת הגבולות ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור - מ.א.ר. ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או עיריות לרבות שירותי ומחלקות הרווחה השונים ו/או לשכת הבריאות ו/או למוסד לביטוח לאומי לרבות כל הנוגע לתשלומים ו/או לכל עובד ו/או מוסד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או גמילה ו/או בתי אבות וכמו כן בהדגשה גם ל- _____ למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הגנטי ו/או הנפשי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או קרן מבטחים ו/או קרן מקפת ו/או עמיתים ו/או כל קרן פנסיה אחרת ו/או קופות גמל למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים, פוליסות, מידע רפואי לרבות ביחס למחלת האיידס, תשלומים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות ו/או מחלות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכן מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או חברות הביטוח ו/או קרנות הפנסיה מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או גנטי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבונך, באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.



חלק ב'

שמות נותני השירותים

שם קופ"ח _____ סניף _____ מס' חבר _____ שם המוסד _____
 מס' אישי בצה"ל _____ שם קופ"ח קודמת _____
 רופאים 1. _____ 2. _____

חתימת המבוטח

_____ מס' ת"ז 032400681
 תאריך 27.1.24
 חתימה

עד לחתימה

_____ עד לחתימה מס' ת"ז / מ.ר. 62254
 תאריך 25/1/24
 אריאל פריברג, עו"ד
 חתימה

על עד מהימן לחתום חתימה וחתימת לרבות פרטיו המלאים: שם מלא + מ.ר. או תעודת זהות. חתימת עד מהימן הינו: רופא, אחות, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח בצירוף מספר רשיון.

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של הנציג _____ לקבל עבורנו את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

_____ שם פרטי ושם משפחה
 _____ חתימה
 תאריך





הדפסה בוצעה בתאריך 14/12/2023 בשעה 10:55

אישור ניהול חשבונות בבנק

אנו מאשרים כי החשבונות הבאים מנוהלים בבנק מזרחי-טפחות:

שם לקוח	מספר ת.ז. \ דרכון
עידו	032400681
אפרת	038756763

תאריך פתיחת חשבון	מס' סניף	מס' חשבון	שם בעל החשבון	מספר זה"ב (IBAN)
21/12/2005	647	533521	מטיס עידו ואפרת	IL29 0206 4700 0000 0533 521

קוד SWIFT של בנק מזרחי טפחות MIZBILIT

המסמך נכון לתאריך - 14/12/2023

בכבוד רב,
בנק מזרחי טפחות בע"מ

תאריך: 01/12/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



מסמך אושר
דינטי
מכבי

ד"ר ביידוסי קותייבה

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 04-6164250

פקס: 04-8737483

כתובת: הנחילות 2, פרדס חנה-כרכור (מרכז נווה)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: מטיס	שם פרטי: עידו	ת.ז.: 32400681
ת.לידה: 06/06/1975	מין: ז	טלפון: 0545818184	טל.עבודה/נייד: 0545818184
כתובת: , משמרות		מיקוד 3784000	



אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 24/09/2023 עד יום: 31/12/2023 סה"כ: 99 ימים.

01/12/2023

תאריך

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>032400671</u>	<u>ד"ר</u>	<u>06</u>	
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u>	<u>מס' רחוב</u>
		<u>17</u>	<u>הרצליה</u>

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או חסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי חבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום חסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי חבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או חסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים:

חלק ב'

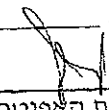
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____

תאריך: 15.11.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

X  חתימה: _____

מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר ג' 60, מרחוב ינאי 11, תל אביב, ת.ז. מס' 3240067, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נא בענין תאונת דרכים מיום 11.11.2011 של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נא מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 15 לחודש 11 שנה 23

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל מרינג, עו"ד
מ.ר. 62284
עורך-דין