



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



מ.ל.ב.

28.1.24

לכבוד
עו"ד ספי סבן
מחלקת תביעות
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

הנדון: הישאם קבלאן, ת"ד מיום 20.9.22
מס' תביעה: 20240000000269

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 23.1.24 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מאשר ארכה לניהול מו"מ.
2. רצ"ב טופס וס"ר.
3. רצ"ב אישור הכרה ואישור בגין היעדר תשלום.
4. כן, רצ"ב דו"ח שומה לשנת 2021.
5. בנסיבות ובשים לב לחומרת הפגיעה אוכל להמליץ בפני מרשי על מינוי מומחה רפואי.
6. אודה לקבלת שמות מומחים מוסכמים לבדיקת מרשי ולקביעת נכותו.
7. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

ד"ר אצ"ל | ת.ד. 17160 ראשון לציון 75070 ט"ז 9424300-03 ס"ס 9620909-03

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
קמל/א	הסאס	39147400	
רחוב	מספר	עיר	טלפון
יבנה	18	קריית מלא	

נותן בזה רשות למרפאות בריאות הנפש, לצ"ח"ל כולל השלישות הראשית ולכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי שמטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לחברת הפול ו/או למי שמציג כתב הרשאה מטעמה לאיסוף מידע (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הפסיכולוגי 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 חולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. 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 חולים ו/או רופאיהם או עובדיהם ו/או מי מטעמם.

ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

או על המידע המפורט להלן:

- אני הח"מ מתיר לכל חברת הביטוח ולפניקס חברת הביטוח ולמנורה חברת הביטוח בע"מ ולמגדל חברת הביטוח בע"מ ולאליהו חברת הביטוח בע"מ ולמנורה חברת הביטוח ו/או להכשרת היישוב חברת הביטוח בע"מ ולביטוח חקלאי חברת הביטוח בע"מ ולביטוח ישיר חברת הביטוח בע"מ ולאילון חברת הביטוח ולכלל חברת הביטוח ולאריה חברת הביטוח בע"מ ולאררט חברת הביטוח בע"מ ולסחר חברת הביטוח ול- AIG חברת הביטוח ו/או דולב חברת הביטוח ולקרנית למסור מידע לתאגיד הפול אודות תאונות דרכים לרבות נזקי גוף שנגרמו לי אם אירעו או נגרמו בעבר.

חלק ב'

שם קופ"ח:	סניף:	מס' חבר:	שם המוסד:
רופאים:	1.	2.	
מכונים, מעבדות:	3.	4.	
	1.	2.	
	3.	4.	

מס' אישי בצ"ח: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין, שם האב:	ת.ז.	שם האב:	ת.ז.
אריאל פריברג, עו"ד			
62254			
תאריך	28.1.24	חתימת העד + חותמת מייד	חתימת התמימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

ריפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע המפורט לעיל.

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 75070 טל': 0424300-03 פקס 0620909-03

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------



תיק: 039147400-61-01

דף 1 מתוך 1

לכבוד
הישאם קבלאן
רקפת 18
קריית אונו 5540811

631-043-111

תיק: 039147400-61-01

ב' בתמוז, תשפ"ג
21 ביוני 2023



מספר תיק: 03914740-0

תאריך פגיעה: 20/09/2022

אדון נכבד,

הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה לתאונה מ- 20/09/2022

אנו מביאים לידיעתך כי תביעתך לתשלום דמי פגיעה בגין תאונה שארעה לך בתאריך 20/09/2022 הוכרה כתאונת עבודה.

לידיעתך כי על פי התיקון לחוק הביטוח הלאומי, לא ישולמו דמי הפגיעה בעבור שנים עשר ימי הזכאות הראשונים, בגין תאונת עבודה שאירעה מ 1 באפריל 2005 ואילך, או בגין תביעה למחלת מקצוע שהוגשה מהתאריך הנ"ל.

לפיכך אינך זכאי לתשלום דמי פגיעה בעבור התקופה 25/09/2022 - 21/09/2022

- קצבת נכות באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (21/06/2023).
- מעבודה הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותירה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", *2496 או באתר האינטרנט.

בכבוד רב,
בורנשטיין לירון
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
עו"ד אריאל פרייברג

בל/ 3431a



תיק: 039147400-61-01

דף 1 מתוך 3

לכבוד
הישאם קבלאן
רקפת 18
קריית אונו 5540811

631-043-111

תיק: 039147400-61-01

ט' בתמוז, תשפ"ג
28 ביוני 2023



מספר תיק:	03914740-0
תאריך פגיעה:	20/09/2022

אדון נכבד,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 20/09/2022

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 20/09/2022 כתאונת עבודה.

הפגיומות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

כאבי צוואר, סחרחורת, שבר בעצם טריקואטרום כף יד ימין וחבלה באמה, חבלה שורש כף יד שמאל

על פי המידע שבידינו אתה חבר בקופת חולים מאוחדת.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

- קצבת נכות באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (21/06/2023), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- מעבודה הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותירה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", *2496 או באתר האינטרנט.

בכבוד רב,
בורנשטיין לירון
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
עו"ד אריאל פרייברג



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.

המיון 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 התחייבות 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 פונה 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: 039147400-61-01-01

דף 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 החזר. 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!



תאריך הפקה: 26/03/2023

04	04	42
פ. שומה	חוליה	סוג תיק
צפת	שמואל כהן	
משרד השומה	פקיד השומה	

28

לכבוד
קבלאן הישאם, נאיף
בית גין
בית גין 2499000

במקרה של אי מסירה נא להחזיר לפ"ש צפת, וייצמן 20, מיקוד 13100

ד בניסן, תשפ"ג 26/03/2023
תאריך עדכון

039147400	145 (א) (1)	יחיד	00	2021	039147400
ת"ז בן זוג רשום	הסעיף בפקודת מ"ה	סוג חישוב	סעיף שומה	שנת המס	מס' תיק

הנמקה 13

הדו"ח שהגשת שודר למחשב רשות המסים ישירות ע"י מייצגך. אנו רואים בדו"ח שהגשת שומה עצמית. טרם בדקנו את שלימות המסמכים שצורפו לדו"ח.

חישוב יתרת המס

חישוב נפרד		חישוב משותף	מרכיבי החישוב
בן/בת הזוג	"בן הזוג הרשום"		
	279,713		סי"ה הכנסות כמפורט בחלקים 2,3 להלן
	3,098		סי"ה הניכויים כמפורט בחלק 5 להלן
	276,615		ההכנסה החייבת במס
	58,500		המס ברוטו כמפורט בחלק 4 להלן
	5,886		סי"ה זיכויים כמפורט בחלק 6 להלן
	52,614		מס מגיע
			ניכויים במקור כמפורט בחלק 9
	25,707		תשלומים ע"י המס כמפורט בחלק 9
	3,136		חיוב ריבית
	30,043		יתרת המס
	142		ריבית צפויה
			סך קנסות/ריבית מחלק 10
	30,185		יתרת המס לתשלום

קבלה

מדינת ישראל / האוצר
רשות המסים בישראל



א-366948

נא להחתים חותמת הבנק מעבר לדף	שם: קבלאן הישאם, נאיף מען: בית גין	שמואל כהן פקיד שומה	039147400 אסמכתא	(1)
	16/04/2023	הצמדה וריבית צפויים שחושבו עד לתאריך	0 - 10305 - 2	(2)
	16/04/2023	עד לתאריך	מספר חשבון בבנק הדואר השומה כוללת סך של- 142	
חיוב ההצמדה והריבית הינם סופיים.	30,185	במידה ותשלם בשובר המצורף את הסכום של-	במידה ותשלם לאחר תאריך זה ההצמדה והריבית יחושבו בעת התשלום.	
039147400	601	2021	03	ש"ח
מספר תיק	קוד תנועה	שנת מס	גירסה	הסכום לתשלום
				30,185

הודעת זיכוי

מדינת ישראל / האוצר
רשות המסים בישראל



לשימוש אגף מס הכנסה ומיסוי מקרקעין
תשלום ע"ח מס הכנסה

שם: קבלאן הישאם, נאיף מען: בית גין	שמואל כהן פקיד שומה	039147400 אסמכתא	(1)
---------------------------------------	------------------------	---------------------	-----

0 - 10305 - 2 (2)

מספר חשבון בבנק הדואר

נא להחתים
חותמת הבנק
מעבר לדף

039147400	601	2021	03	ש"ח	הסכום לתשלום
מספר תיק	קוד תנועה	שנת מס	גירסה		30,185

039147400 601 2021 03 30,185

2. פרוט סוגי הכנסות החייבות:

הכנסה מיגיעה אישית	"בן הזוג הרשום"	בן/בת הזוג
מעסק	279,713	

3. פרוט הכנסות משותפות:

הכנסות שני בני הזוג	סכום

4. פרוט חישוב המס

הכנסות	מס שחושב
שעורים רגילים	58,500

5. פרוט סוגי הניכויים

סוג הניכוי	"בן הזוג הרשום"		בן/בת הזוג	
	סכום ששולם	סכום שהותר	סכום ששולם	סכום שהותר
בטוח לאומי	5,958	3,098		

6. פרוט סוגי הדיכויים

סוג הדיכוי	"בן הזוג הרשום"		בן/בת הזוג	
	סכום ששולם	סכום שהותר	סכום ששולם	סכום שהותר
תושב		5,886		

7. פרוט רווח הון

שויי מכירה	רווח ראלי	סכום אינפלציוני	% מרבי	שייכות

8. פרטים נוספים

סוג	סכום	סוג	סכום
בסיס למקדמה	52,614		
מחזור למיקד	513,718		
מחזור עסק ר	513,718		

9. פרוט התשלומים

סוג התשלום	הסכום
תשלום עח מ"ה	25,707

10. פרוט יתרות הקנסות והריביות

קנס	סכום

11. הערות

דרישה לתשלום המס חושבה עפ"י הדו"ח שהגשת.