



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

ת"א 31209-03-21 איקיליס נ' עיריית רמת גן ואח

1 message

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Sun, Jul 11, 2021 at 10:29 AM

To: mail@ayalon-ins.co.il, tviotg@ayalon-ins.co.il

ח"נ שלום רב,

כתב התביעה שבנדון הוגש ונשלח לחברתכם זה מכבר (העתקו רצ"ב).

אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור בהגשת כתב הגנה ללא דיחוי.

בכבוד רב ובב"ח

--

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון : 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס : 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

2 attachments **אסמכתא - פתיחת תיק**
1017K **כתב תביעה מהנט**
3921K



2956176-30024
תאריך: 08/07/2021
תביעה מס': 210130242324
תת: 1:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי להודות בכיסוי הביטוחי
מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
בפקס: 077-3180983

ח.נ.

הנדון: **שם הנפגע**: שי איקיליס
שם פוליסה: **שם מוצר**: פוליסה לביטוח אחריות
מקצועית
ענף ביטוח: ביטוח מפני סיכונים אחרים
סיווג תכנית ביטוח: אישי

; nb sp&

תאריך האירוע: 27/12/2018
ת.א: 31209-03/21

בהמשך להתכתבויות קודמות בנוגע לתביעה שבנדון, להלן עמדתנו בדבר סילוק התביעה בפשרה.

בראש ובראשונה גרסת מרשך הינה בבחינת עדות יחידה של בעל דין, שאינה נתמכת בראיות אובייקטיביות על כל המשתמע מכך.

בבדיקתנו עולה כי, בניגוד לטענות מרשך, משטח המזרונים המותקן בסטודיו תקין, תקין וללא מרווחים. במידה ואכן אירעה פגיעה כנטען, דבר המוכחש, הרי שהיא נגרמה כתוצאה מהתנהלות לא נכונה ו/או לא זהירה של מרשך ו/או במהלך הרגיל של האימון ומהווה חלק מהסיכון הטבעי הטמון באימונים ממין זה ומשכך לא ניתן לייחס למבוטחנו כל מעורבות ו/או אחריות ו/או רשלנות בגין האירוע הנטען.

לחילופין, הסטודיו בבעלות עיריית רמת גן ומתוחזק על ידה ובמידה וקיים מפגע כלשהו, דבר המוכחש, הרי שהאחריות מוטלת על העירייה ו/או על חברת בש-גל ספורט, אשר התקינה את המזרונים בסטודיו.

לעניין הנזק הנטען, בבדיקת התייעוד הרפואי עולה קיומו של עבר משמעותי בברכיים, לרבות פגיעה זהה קדמת משנת 2015 ומכאן תלויות מרשך נובעות ממצב קודם ו/או מצב כרוני שאינו קשור באירוע נושא התביעה, המוכחש ממילא.

חרף האמור לעיל, לצרכי פשרה בלבד, ניאות לפצות את מרשך בתשלום סך כולל של 30,000 ש"ח וזאת לפנים משורת הדין ומבלי להודות בחבות ו/או בנזק ובכפוף לאישור המבטחים.

במידה ויומצאו לידנו פרטים נוספים נהא מוכנים לשקול עמדתנו בשנית.

אין באמור משום הכרה בכיסוי הביטוחי ו/או בחבות ו/או באחריות ו/או משום ויתור על כל טענה ו/או זכות העומדת לחברתנו מכוח הדין ו/או הפוליסה.

בכבוד רב ובברכה,
ענבל סגל, עו"ד
חבויות, עסקים ותאונות אישיות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
טל. 03-7107010
פקס. 03-7107808

11.7.21
ה' שלום רב
רמית, אורג
כח רגלי.

כפוף רב ופלה,

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 11/07/2021 10:24
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME 11/07 10:23
 FAX NO./NAME 7107808
 DURATION 00:00:38
 PAGE(S) 01
 RESULT OK
 MODE STANDARD

07/03100000->

07/2021 12:36 Menora



2956176-30024
 תאריך: 08/07/2021
 תביעה מס': 210130242324
 תת: 1

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי להחזיק בביטוחי הביטוח
מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

הנדון: שם הנפגע: שי איקיליס
 שם פוליסה - שם מוצר: פוליסה לביטוח אחריות
 מקצועית
 ענף ביטוח: ביטוח מפני סיכונים אחרים
 סיווג תכנית ביטוח: אישי

לכבוד
 עו"ד אריאל פרייברג
 בפקס: 077-3180983

sp& mb

תאריך האירוע: 27/12/2018
 ת.א: 31209-03/21

בהמשך להתכתבויות קודמות בנוגע לתביעה שבנדון, להלן עמדתנו בדבר סילוק התביעה בפשרה.
 בראש ובראשונה גרסת מרשך הינה בבחינת עדות יחידה של בעל דין, שאינה נתמכת בראיות אובייקטיביות על כל המשתמע מכך.

בבדיקתנו עולה כי, בניגוד לטענות מרשך, משטח המזרונים המותקן בסטודיו תקין, תקני וללא מרווחים. במידה ואכן אירעה פגיעה כנטען, דבר המוכחש, הרי שהיא נגרמה כתוצאה מהתנהלות לא נכונה ו/או לא זהירה של מרשך ו/או במהלך הרגיל של האימון ומהווה חלק מהסיכון הטבעי הטמון באימונים ממין זה ומשכך לא ניתן לייחס למבוטחנו כל מעורבות ו/או אחריות ו/או רשלנות בגין האירוע הנטען.

לחילופין, הסטודיו בבעלות עיריית רמת גן ומתוחזק על ידה ובמידה וקיים מפגע כלשהו, דבר המוכחש, הרי שהאחריות מוטלת על העירייה ו/או על חברת ביש-גל ספורט, אשר התקינה את המזרונים בסטודיו.

לעניין הנזק הנטען, בבדיקת התיעוד הרפואי עולה קיומו של עבר משמעותי בברכיים, לרבות פגיעה זהה קדמת משנת 2015 ומכאן תלויות מרשך נובעות ממצב קודם ו/או מצב כרוני שאינו קשור באירוע נושא התביעה, המוכחש ממילא.

בבית משפט השלום
בבתי ים
נחתם ונערך ביום 4.7.21
ת.א. 31209-03-21
בפני כב' הרשמת הבכירה ויג'דאן חליחל

הודעת עדכון מטעם התובע

התובע: שי איקיליס, ת"ז 029745106
מרחוב ההגנה 150, תל אביב
באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ.ר. 62254)
ו/או יגאל רסקין
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

- נ ג ד -

הנתבעות: 1. יורם יחזקאל, ת"ז 057416448
הרכסים 22, רמת גן
טלפקס: 03-6764562 דוא"ל: yoramy23@zahav.net.il
2. עיריית רמת גן
מרחוב ביאליק 35, רמת גן
3. איילון חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520042169
דרך אבא הלל 12, רמת גן 5250606

בהמשך להחלטת בית המשפט הנכבד מתכבד התובע לפנות ולעדכן כדלקמן:

1. התובע ומבטחת הנתבע 1 מדברים ביניהם בניסיון להגיע לאי אלו הסכמות.
2. בנסיבות, זקוקים הצדדים לשהות נוספת על מנת לנסות ולהגיע להסכמות אשר יכול ויצמצמו את המחלוקות בתיק.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

ד תמוז תשפ"א, 04/07/2021	החלטה
קשה 2 בתיק 31209-03-21	
ש' בכיר ויג'דאן חליחל	
יכה עד ליום 10.10.21.	
ון בהתאם.	
*** נחתם דיגיטלית ***	



2891280-30731
תאריך: 05/04/2021
תביעה מס': 210130242324
תת: 1:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי להודות בכיסוי הביטוחי
מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
בפקס: 077-3180983

ח.נ.,

הנדון: **שם הנפגע**: שי איקיליס
שם פוליסה - **שם מוצר**: פוליסה לביטוח אחריות
מקצועית
ענף ביטוח: ביטוח מפני סיכונים אחרים
סיווג תכנית ביטוח: אישי

; nb sp&

תאריך האירוע: 27/12/2018
ת.א: 31209-03/21

בהמשך לשיחתנו הטלפונית מהיום הנני להודות לך על הסכמתך האדיבה למתן ארכה להגשת הגנה לצורך מיצוי הליכי המו"מ מחוץ לכותלי בית המשפט.

בכל שלב שבו תבקש להפסיק את הליכי המו"מ ושנגיש כתב הגנה, אנו נגיש כתב הגנה בתוך 30 יום, מיום קבלת מכתבך בענין זה.

עם סיום בדיקותינו נודיעך עמדתנו העניינית.

אין באמור משום הכרה בכיסוי הביטוחי ו/או בחבות ו/או באחריות ו/או משום ויתור על כל טענה ו/או זכות העומדת לחברתנו מכוח הדין ו/או הפוליסה.

בכבוד רב ובברכה,
ענבל סגל, עו"ד
חברות, עסקים ותאונות אישיות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
טל. 03-7107010
פקס. 03-7107808



2956176-30024
תאריך: 08/07/2021
תביעה מס': 210130242324
תת: 1:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי להודות בכיסוי הביטוחי
מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
בפקס: 077-3180983

ח.נ.

הנדון: **שם הנפגע**: שי איקיליס ; nb sp&
שם פוליסה - **שם מוצר**: פוליסה לביטוח אחריות
מקצועית
ענף ביטוח: ביטוח מפני סיכונים אחרים
סיווג תכנית ביטוח: אישי
תאריך האירוע: 27/12/2018
ת.א: 31209-03/21

בהמשך להתכתביות קודמות בנוגע לתביעה שבנדון, להלן עמדתנו בדבר סילוק התביעה בפשרה.

בראש ובראשונה גרסת מרשך הינה בבחינת עדות יחידה של בעל דין, שאינה נתמכת בראיות אובייקטיביות על כל המשתמע מכך.

בבדיקתנו עולה כי, בניגוד לטענות מרשך, משטח המזרונים המותקן בסטודיו תקין, תקני וללא מרווחים. במידה ואכן אירעה פגיעה כנטען, דבר המוכחש, הרי שהיא נגרמה כתוצאה מהתנהלות לא נכונה ו/או לא זהירה של מרשך ו/או במהלך הרגיל של האימון ומהווה חלק מהסיכון הטבעי הטמון באימונים ממין זה ומשכך לא ניתן לייחס למבוטחנו כל מעורבות ו/או אחריות ו/או רשלנות בגין האירוע הנטען.

לחילופין, הסטודיו בבעלות עיריית רמת גן ומתוחזק על ידה ובמידה וקיים מפגע כלשהו, דבר המוכחש, הרי שהאחריות מוטלת על העירייה ו/או על חברת בש-גל ספורט, אשר התקינה את המזרונים בסטודיו.

לעניין הנזק הנטען, בבדיקת התייעוד הרפואי עולה קיומו של עבר משמעותי בברכיים, לרבות פגיעה זהה קדמת משנת 2015 ומכאן תלויות מרשך ניבעות ממצב קודם ו/או מצב כרוני שאינו קשור באירוע נושא התביעה, המוכחש ממילא.

חרף האמור לעיל, לצרכי פשרה בלבד, ניאות לפצות את מרשך בתשלום סך כולל של 30,000 ש"ח וזאת מפנים משורת הדין ומבלי להודות בחבות ו/או בנזק ובכפוף לאישור המבוטחים.

במידה ויומצאו לידינו פרטים נוספים נהא מוכנים לשקול עמדתנו בשנית.

אין באמור משום הכרה בכיסוי הביטוחי ו/או בחבות ו/או באחריות ו/או משום ויתור על כל טענה ו/או זכות העומדת לחברתנו מכוח הדין ו/או הפוליסה.

בכבוד רב ובברכה,
ענבל סגל, עו"ד
חבויות, עסקים ותאונות אישיות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
טל. 03-7107010
פקס. 03-7107808



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

מס' תביעה: 21/440/01437 איקליס נ' יחזקאל ואח

1 message

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Mon, May 10, 2021 at 5:04 PM

To: bat.hen7584@fnx.co.il

עו"ד שריג שלום רב,

בהמשך למכתבך מיום 4.5.21 הריני מתכבד לצרף את כתב התביעה על נספחיו סרוק בצבע.

לעיוןך וטיפולך המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח

--

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון: 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס: 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

 כתב תביעה - נוסח חדש עם נספחים.pdf
3456K



קשר לקוחות: *3455
03-7332222

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
www.phoenix.co.il | info@phoenix.co.il

הופק ע"י מערכת תביעות פניקס	
תאריך:	04/05/2021
דואר	

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות

לכבוד

עו"ד אריאל פרייברג

בפקס: 077-3180983

ח.ב.,

הנדון:	מספר תביעה
הנפגע:	שי איקיליס
תאריך ארוע:	27/12/2018
	0
ת.א:	31209-03-21
בימ"ש:	שלום בת ים

-

הרינו לאשר קבלת כתב התביעה לעניין האירוע שבנדון.
נודה על הסכמתכם למתן ארכה להגשת כתב הגנה, אשר יוגש בתוך 30 יום מיום קבלת דרישתכם הכתובה.
אנו פועלים לאיסוף תיקו הרפואי של מרשך.
נודה לקבלת פרטי הגורם המטפל מטעם הנתבע 1.
נודה לקבלת תמונות צבעוניות של המפגע הנטען. לנוחיותך ניתן לשלוח התמונות לכתובת דוא"ל bat.hen7584@fnx.co.il
בד בבד אנו בודקים את נסיבות התאונה ושאלת הכיסוי הביטוחי ובתום הבדיקה נודיעך עמדתנו.

- עם קבלת המסמכים הנ"ל, בדיקת הכיסוי הביטוחי ונסיבות הארוע, נודיעך עמדתנו.
- אין באמור משום הכרה ו/או הודאה כלשהי בכיסוי הביטוחי ו/או בחבות ו/או בנזק הנטען.

באתר האינטרנט של חברת הפניקס WWW.fnx.co.il ניתן למצוא את המידע והמסמכים המפורטים להלן:

- מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות ביטוח צד שלישי במסגרת ביטוח מקיף דירות
- איגרת הפניקס המפרטת את הליך בירור ויישוב התביעה

במידה ואין באפשרותך לקבל המידע והמסמכים באמצעות אתר האינטרנט של החברה, מא הודע לנו בחוזר ואנו נדאג להמציאם לידיך.



קשר לקוחות: *3455
03-7332222

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
www.phoenix.co.il | info@phoenix.co.il

התיישנות

תקופת ההתיישנות הינה שבע שנים מיום קרות מקרה הביטוח ובתביעות קטינים - שבע שנים מיום הגעתם לגיל 18 שנים, וזאת בכפוף להוראות הדין.
מודגש בזאת, כי אין די בהגשת תביעה לחברתנו כדי לעצור את מרוץ תקופת ההתיישנות, וכי רק הגשת התביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות, הכול בהתאם להוראות הדין.

זכות ההשגה

הנך זכאי להשיג על החלטות החברה בכתב, בהתאם לתנאי הפוליסה, וכן הנך רשאי להגיש חוות דעת מומחה מטעמך.
הנך זכאי להביא את השגתך בפני הגורם המטפל ולחלופין בפני הממונה על פניות הציבור בחברה, באמצעות הדואר לכתובת הרשומה מעלה, או באמצעות פקס מספר – 03-7336950, או באמצעות דואר אלקטרוני pnioth@fnx.co.il
כמו כן זכותך להביא את השגתך בפני גורמים נוספים ובכלל זה ערכאות שיפוטיות, או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

בכבוד רב,

בת חן שריג, עו"ד

מחלקת תביעות חבויות

לברורים נוספים ניתן לפנות לטלפון: 074-7312269 או בפקס: 03-7337883.



הודעת פקסימיליה

	אל:
2144001437	לידי:
	מאת:
04/05/2021 18:06:40	תאריך:
3	מס' דפים (כולל דף זה):
	הנדון:



קשר לקוחות: *3455
03-7332222

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
www.phoenix.co.il | info@phoenix.co.il

תצהיר תשובות לשאלון בחביעה למקי גוף

טופס 3

(תקנה 17)

אני הח"מ שי איקיליס, נושא ת.ז., 029745106 לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים
הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה כדלקמן

(1) תאריך לידה;

12.10.72

(2) שמות קודמים;

—

(3) פרטי קופות חולים בעבר ובהווה;

כאלי

(4) פרטי הרופאים שטיפלו בעבר ובהווה;

א/פס א'מרי זל א/צ'ר ונ/א'מ יטלח

(5) אשפוזים וטיפולים בעבר או בהווה - פרטי בית החולים, המועד וסיבת האשפוז או הטיפול;

כאמ/לט בכרג ייגב/ע

(6) תרופות שנוטל באופן קבוע;

מטב' נא/ב'מ

(7) האם עבר תאונות בעברי אם כן - מתי ומה טיב הפגיעה

ש/נש בל יג ימ/ן יא/לט/ס קוב/י מין ימ/ן

(8) האם הגיש תביעות קודמות בשל נזק גוף? אם כן - פירוט

תביז' א'מטניג גב'מ/ן מין ימ/ן גככ' א'ס נב'מ

(9) האם סובל ממחלות כרוניות או קשות או מנכות שלא עקב האירוע? אם כן - פירוט

(10) האם היה בטיפול פסיכיאטרי או פסיכולוגי אי פעם? אם כן - פירוט

א/ס

(11) - האם הגיש אי פעם תביעה למוסד לביטוח לאומי, לקצין התגמולים או לשירות התעסוקה, ואם כן פרטיה ותוצאותיה;

במסגרת מס' 8

(12) פירוט ההטבות שהתקבלו בעקבות האירוע מכל גורם שהוא, לרבות ביטוח לאומי

זכר פני משפחה וממל"ס

(13) פרטי מוסדות חינוך שבהם למד וההשכלה

י"ס' - גרופליה ע"ד
ת"כ"ן - מילט בלום
טכנאי - מנצח זמיר יטל"

(14) פרטי כל מקומות העבודה, תקופת העבודה והתפקיד

1997 עד היום מטרג ושיטל

(15) נתוני שכר מלאים משנתיים שלפני האירוע עד הגשת כתב התביעה

נתוני שכר בגרופליה ע"ד

(16) תקופת היעדרות מלאה או חלקית מהעבודה

בגוגלס קמיון נהג טכניק

(17) אם שירת בצבא ההגנה לישראל - מספר אישי ותקופת השירות

מס' 5042650

(18) האם הייתה הזדקקות לעזרת הזולת לאחר האירוע וכתוצאה ממנו ומה העזרה שלה נזקק לפני האירוע

לאחר האירוע נזקקתי לעזרת הזולת
הנני מאשר/ת כי זהו שמי, זו חתימתי ותוכן תצהירי אמת

חתימה

אישור

הנני מאשר בזה כי ביום _____ הופיע בפני, עו"ד אריאל פרייברג, במשרדי ברחוב אבא הלל 7, רמת גן, _____, המוכר לי אישית ולאחר שהוזהר כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות הצהרתו וחתם עליה.

אריאל פרייברג, עו"ד



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

ג'ת"א 31209-03-21 איקיליס נ' יורם יחזקאל ואח

1 message

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Fri, Mar 19, 2021 at 12:34 PM

To: yoramy23@zahav.net.il, orit-t@ramat-gan.muni.il, mail@ayalon-ins.co.il

שלום רב,

מצ"ב כתב התביעה שבנדון אשר הוגש לבית משפט השלום בבית ים.

לעיונכם אודה,

בכבוד רב ובתודה

--

אריאל פרייברג, עו"ד**פרייברג רסקין משרד עורכי-דין**

טלפון : 03-7412358

סלולארי : 054-6544930

פקס : 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

2 attachments **אישור פתיחת תיק.pdf**
1017K **כתב תביעה - נוסח חדש עם נספחים.pdf**
3456K

לכבוד ביטוח הראל

מצ"ב 4 דפי תביעת פיצוי בגין ניתוח.

ניתן לחזור אלי בתשובה

בנייד : 050-5071326

או במייל AYOU1210@GMAIL.COM

תודה שי איקליס

תביעה לפיצוי בגין ניתוח / פיצוי בגין אשפוז בגין מחלה/תאונה

הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלים.

- אגף תביעות בריאות וח"ל מספר פקס: 03-7348166 tvbriut@harel-ins.co.il
- למשלוח בדואר: רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן, מיקוד 5211802.
- העלאת מסמכים במסרון למספר: 052-3235121.
- מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים - 1-700-702-870.
- השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

מבוטח נכבד,
על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך את תדאג למלא הפרטים בטופס זה בכל פניה.
בטופס שני חלקים אשר ימלאו על-ידי שני גורמים שונים: חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל.
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פניה לרופא המטפל או המקצועי את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.
טופס זה אינו מהווה הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.
יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבונית/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	מספר פקס	מספר טלפון סלולרי
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון של בן/בת הזוג
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בעבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בבית של בן/בת הזוג	מספר טלפון של בן/בת הזוג
שם קופת החולים	סניף	כתובת	
כתובת דואר אלקטרוני* (קבלת דיוורים/מידע וכל מסמך אחר (לרבות כאלו הכוללים מידע ריש) המנהל ביחס לכל אחד ממוצרי הביטוח או החיסכון על שמו של בקבוצת הראל:			
שם הרופא המקצועי המטפל			
פרטי האישיות הנזכרים לעיל, הנים הפרטים הנכונים והמועדכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.			
הנני מאשר לעדכן את פרטי האישיות בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו.			
☒ מאשר/ת ☐ לא מאשר/ת			
מצ"ב העתק ת.ד. הכוללת פרטי כתובתי המועדכנת.			
לידיעה - במידה ולא אשר עדכון הפרטים הוא לא אצרך העתק ת.ד. תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנכונה.			
אין האמור לעיל מהווה אישור לשימוש בדוא"ל למידע שיווקי/פרסומי כל עוד לא ניתנה הסכמה נפרדת לעשות שימוש כזה.			

ביטוחי בריאות נוספים

לתשומת ליבך, ניתן לתבוע גם את הביטוח הנושלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת. במקרה זה, בתביעה זו יוחזר ההפרש שבין סכום ההחזר בביטוח המשלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת. עד לגובה הסכום על פי הפוליסה. לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים). קבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין והוראות פוליסת הביטוח.

הנני מתחייב כי אדווח להראל לביטוח בע"מ על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין תביעה זו, והריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/פיצוי בגין תביעה זו.

האם הגשת תביעה לגורם אחר כלשהו? ☐ לא ☐ כן

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? ☐ לא ☐ כן, משנת _____ מסגרת _____

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר? ☐ לא ☐ כן, חברות _____

ככל שלא מצורפות קבלות מקוריות לטופס התביעה, יש להשיב על השאלות הבאות:

האם הקבלות המקוריות הוגשו לגורם אחר לצורך קבלת החזר? ☐ לא ☐ כן

אם כן, אלא העבר אישור של הגורם אליו הוגשו הקבלות בדבר חבה ההחזר, אשר ניתן ע"י _____

האם בכוונתך להגיש את הקבלות לגורם אחר לצורך קבלת החזר? ☐ לא ☐ כן

אם כן, עליו לעדכן את הראל ואת הגורם הנוסף על מנת שלא ישולמו החזרים כפולים.

פירוט התביעה

☒ בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית חולים ציבורי

☐ בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית חולים פרטי במימון קופת-חולים או היטוי/המשלוח

☐ בקשה לפיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה/תאונה

אופן תשלום התביעה

קבלת התשלום הינה באמצעות העברה בנקאית בלבד. יש לציין את פרטי חשבון הבנק:

שם הבנק: מזכ"ל מספר הסניף: 029745106 מספר החשבון: מספר החשבון

לתשומת ליבך - אם תביעתך לפיצוי/החזר כספי הינה מעל 5,000 ש"ח לצורך צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות הזהות של המוטבים.

הסכמה לשיבוב התביעה

נותנת בזאת זכות לחברה לתבוע החוזרים ולשוב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

תאריך: 23.05.19 שם+שם משפחה של המבוטח: מזכ"ל מספר זהות של המבוטח: 029745106 חתימת המבוטח: [חתימה]

מינוי הסוכן לטיפול בתביעה

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' מזכ"ל לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוח לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך: 23.05.19 שם+שם משפחה: מזכ"ל חתימת המבוטח: [חתימה]
לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פרוט פוליסות שבהן הינך מבוטח בהראל (שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שלך, שהינך מייפה את כוחו בהסמכתך זו, הינו הסוכן המטפל בהן), יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למחויבתי על-פי דין או הסכם, כי מידע זה יוגר המידע אוזוני, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, המיסכון, אגף הטווח והפינוסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתן מידע על מוצרים ושירותים. להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבוד ואחסון של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתן, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: 23.05.19 חתימת המבוטח: [חתימה]
בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף תביעות בריאות וח"ל, אבא הלל 3, ו.ת. 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.

הצהרת המבוטח/אפוטרופוס

אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך: 23.05.19 שם+שם משפחה: מזכ"ל מספר זהות: 029745106 חתימה: [חתימה]

במקרה של קטין/חסר, יציין את שמם וזהותו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

פסקת התיישנות

הנני להביא לתשומת ליבך כי לפי הוראות סעיף 31 לחוק חוק הביטוח התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. המידה ומדובר בתביעת קטין, רחישוב תקופת ההתיישנות לא יחול רחמין הזמן עד למלאת לתורע שמונה עשרה שנה. ברצוננו להבהיר, כי ככלל, הגשת תביעה לוגף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

תביעה לפיצוי בגין ניתוח / פיצוי בגין אשפוז בגין מחלה/תאונה

הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

אגף תביעות בריאות וח"ל מספר פקס: 03-7348166 tvbriut@harel-ins.co.il

למשלוח בדואר: רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן, מיקוד 5211802.

העלאת מסמכים במסרון למספר: 052-3235121.

מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים - 1-700-702-870.
השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

חלק זה ימלא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על-ידי רופא משפחה/ילדים...

פרטי הרופא		שם פרטי		שם משפחה	
שם פרטי		שם משפחה		מספר טלפון	
רחוב		מספר בית		מספר פקס	

פרטי המבוטח		שם פרטי		שם משפחה	
שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות	

הטיפול במבוטח		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מתאריך	
המבוטח בטיפול החל מתאריך		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מתאריך	
שנה		חודש		שנה	

האבחנה		האבחנה הנכחית	
האבחנה הנכחית		האבחנה הנכחית	
המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -		המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -	
האם האבחנה והתלונה הנכחית הן תוצאה של:		האם האבחנה והתלונה הנכחית הן תוצאה של:	
אם כן, פרט		אם כן, פרט	

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

שם פרטי מבוסח		שם משפחה		שם פרטי		מס' ת. זהות		שם האב	
מספר		עיר		מיקוד		טל'		רחוב	
255		150		55		050-554320		255	

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו). נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכון מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שהליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.

אני משהרר בה אתכם ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא 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.

שם קופ"ח		סניף		שם המוסד	
255		55		שם קופ"ח קודמת	
		מס' חבר		מס' אישי בצה"ל	
				554320	

שמות רופאים, מכונים ומעבדות	
רופאים	מכונים / מעבדות
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

חתימת המבוסח/אפוסטרופוס	
שם פרטי+שם משפחה*	תאריך
255	23.5.19

*במקרה של קטין/חסוי יציינו את שמם ויחתמו על המסמך כל האפוסטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוסטרופוס - יש לצרפו.

במקרה של חסוי (אפוסטרופוס)	
בנוסף על האמור לעיל, הננו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:	
שם האם/אפוסטרופוס:	ת.ז.:
שם האב/אפוסטרופוס:	ת.ז.:
חתימה:	חתימה:

חתימת עד מהימן**	
שם עד מהימן לחתימה** + חותמת עם מס' רישיון	תאריך
עד לחתימה ומס' ת.ז.	

**עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 9-6-2011, מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות בהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "הראל").
אם ברצונך לקבל העתק ממערכת כללים זו, יש באפשרותך לפנות לשם כך אל אגף השירות בהראל בטלפון שמספרו 2735 * או להדפיס אותה ישירות מאתר האינטרנט של החברה (להלן: "אתר האינטרנט").

הראל תפעל בכל הקשור לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור על פי האמור במערכת כללים זו, כמפורט להלן:

א. הגדרות

במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:

1. **יום/מים** - ימי עסקים שאינם כוללים ימי שישי, ימי שבת, ערבי חג, חגי ומועדי ישראל.
2. **תביעה** - דרישה מהראל למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלבנטיות למימוש זכויות כאמור.
3. **תובע** - מי שהציג תביעה להראל, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי הראל להיפרע את הטבת הנזק כאמור.
4. **מומחה** - בין אם הוא עובד של הראל ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי ולמעט ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקן.

ב. תחולה

מערכת כללים זו חלה על ענפי הביטוח הבאים:

1. **ביטוח פנסיה** - לגבי סיכויי נכות ומוות בלבד.
2. **ביטוח חיים** - לגבי סיכויי אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד.
3. **ביטוח מפני תאונות אישיות**.
4. **ביטוח מפני מחלות ואשפוז**, למעט ביטוח שניים ולמעט ביטוח בריאות לעובדים זרים וביטוח בריאות המיועד למתן כיסוי ביטוחי לטווחים זרים בישראל - וזאת לעניין קבלת שירותים במישרין מספק השירות הרפואי ובלא מעורבות של המבטח.
5. **ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי** (נוסח חדש), התש"ל-1970 (להלן "הפקודה") ביטוח רכב מנועי - רכוש (עצמי וצד שלישי).
6. **ביטוח מקיף לדירות**.
7. **ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחוץ לארץ**.

****מערכת כללים זו לא תחול על תביעות לתשלום בגין נזק עצמי בביטוח רכב מנועי - רכוש או בביטוח מקיף דירות, של תובע שבבעלותו לפחות 40 כלי רכב או דירות ואשר בעת כריתת חוזה הביטוח ויתר על תחולתה באופן מפורש.**

ג. מועד תחילה

תחילתה של מערכת כללים זו ביום 1/6/2011.

על אף האמור לעיל, תחילתה של מערכת הכללים לגבי ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), התש"ל-1970 וביטוח צד שלישי במסגרת ביטוח מקיף דירות 1/3/2012.

מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר המועדים הנקובים לעיל.

מערכת הכללים לא תחול על שירותים שמעניק ספק שירותים למבטח בהתאם לכתב שירות, אם המבטח אינו מעורב ביישוב התביעה.

ד. מסמכים ומידע בבירור תביעה

1. עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה אל הראל או למי מטעמה, יימסרו לפונה בהקדם האפשרי המסמכים המפורטים להלן:

- (1) העתק ממערכת כללים זו;
- (2) מסמך המפרט את הליך בירור התביעה וליישובה;
- (3) הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע, ובכלל זה גם מידע לגבי זכויות של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שנגרמו לו והראל חייבת לשכמותו בגין (כגון שיפוי בשל צעדים שנוקטו על ידו לשם הקטנת הנזק, שיפוי בשל תשלום למומחה עבור חוות דעת וכדומה).
- (4) פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור וליישוב תביעה;
- (5) טופס הגשת תביעה, ככל שקיים - והנחיות לגבי מילוי;
- (6) הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה.

יש באפשרותך לעיין במסמכים המפורטים לעיל באתר האינטרנט.

2. הראל תמסור לתובע בהקדם האפשרי הודעה בכתב המפרט מהם המסמכים שהתקבלו אצלה לצד מועד קבלתם, וכמו כן מהם המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע.

3. אם יידרש להראל מידע ומסמכים נוספים מהתובע לצורך בירור תביעה, יידרשו מסמכים אלו תוך ארבעה עשר (14) ימי עסקים מהיום שיתברר הצורך בהם.

ה. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

ה. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

הראל תמסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה, ואם מהמועד שבו נתקבל אצלה טופס תביעה מלא נדרש על ידה (לפי המאוחר מבין השניים), עדכון בדבר מצב הטיפול בתביעה, עדכון כאמור וכול שיהיה בדבר תשלום התביעה באופן מלא או חלקי, הצעת פשרה בתביעה, המשך טיפול או הפסקת טיפול בתביעה, או דחיית התביעה.

הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

יא. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

כל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תפסול נסקרה המציגה בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:

1. להשיג על החלטה וכן מהי הדרך להגשת השגה, ככל שנקבע בפוליסה או בתקנון, לרבות זכותו של התובע להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
2. להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור בהראל וכן את פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
3. להביא את השגתו בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
4. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

יב. בדיקה מחדשת של זכאות

1. כאשר הראל משמשת כחברה מנהלת, המבקשת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, היא תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.
2. כאשר הראל משמשת כחברת ביטוח המבקשת לבחון מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, תעשה כן על פי כללים סבירים שקבעה בעניין זה.
3. הכללים לבדיקה מחדשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת החלק, וכן יפורטו באתר האינטרנט.
4. אם תידרשנה עלויות לצורך בדיקה מחדש כאמור לעיל, התובע לא יישא בהן.
5. לגבי תביעות המוגשות מכח פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא ביום 1/6/2011 ואילך - אם כתוצאה מבדיקה מחדשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים עיתיים המשולמים לתובע, ייעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בפוליסה או בתקנון, ובהעדר תנאים שנקבעו, תימסר לתובע הודעה על השינוי לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים.
6. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד ההחלטה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים.
7. בכל מקרה ייעשה השינוי רק לאחר שנמסרה לתובע הודעה על הכוונה להקטין או להפסיק את התשלומים.
8. למען הסר ספק, אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותה של הראל לדרוש השבת סכומים בין תשלומים ששולמו בטרם מועד ביצוע השינוי האמור.
9. לגבי פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא לפני יום 1/6/2011, תצרך הראל להודעת השינוי את הכללים שקבעה לעניין בדיקה מחדשת של הזכאות.

יג. בירור תביעה בעזרת מומחה

1. אם יהיה צורך להיעזר לשם בירור תביעה במומחה הפוגש בתובע או במומחה שבדק את הרכוש נושא התביעה על מנת להעריך נזק שנגרם לאותו רכוש, בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תימסר על כך הודעה מראש לתובע, ויבחר לו תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, וימסר לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה (כל זאת - אלא אם מדובר בחוקר במסגרת חקירה סמויה).
2. מומחה כאמור לעיל לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יצוץ פשרה אלא בעניין היקף הנזק, אלא אם מדובר בעובד הראל, שעיקר עיסוקו יישוב תביעות.

יד. חוות דעת מומחה

1. כל חוות דעת של מומחה שעליה תסתמך הראל לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
2. חוות דעת של מומחה כאמור לעיל לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
3. ככל שתסתמך הראל על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תימסר חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו או בדבר בדיקה מחדשת של הזכאות. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע להראל או למומחה מטעמה לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. (ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו).
- אם מדובר בחוות דעת מומחה שהיא חסויה על פי דין, תימסר לתובע הודעה בכתב הכוללת הסבר מדוע מדובר בחוות דעת חסויה.

טו. תחלוף זכויות כלפי צד שלישי

1. בטרם תוגש תביעה כנגד צד שלישי מכוח זכות התחלוף, תימסר על כך הודעה למבוטח בכתב זמן סביר מראש.
2. אם ניתן במסגרת תביעת תחלוף פסק דין, פסק בוררות או נחתם הסכם פשרה, יועבר למבוטח העתק מהפסק או מההסכם בתוך ארבעה עשר ימי עסקים מיום קבלת הפסק בהראל או מיום חתימת ההסכם.
3. אם התברר במסגרת בירור התביעה כי עשויה לעמוד למבוטח זכות כנגד הצד השלישי, שאותו עשויה הראל לתבוע מכוח זכות התחלוף, יצוין הדבר בפני המבוטח בכל הודעה בדבר מהלך בירור תביעה ותוצאותיו או הודעה בדבר בדיקה מחדשת של הזכאות.
4. אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את הראל לייצג את המבוטח או להטיל עליה חובת ייעוץ.

1. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

1. אם נתקבלה החלטה על תשלום תביעה, תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב שתכלול התייחסות לנושאים הבאים או הפניה למסמכים המתייחסים לנושאים הללו ומצורפים להודעה (כגון דוח שמאי או חוות דעת מומחה):

(א) לגבי תשלום חד פעמי - עילת התשלום; פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב; גובה הנזק; סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה. הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה; פירוט בדבר קיוזו תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהראל בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה, התקנון או הדין קיוזו מהתשלום; סכום ההשתתפות העצמית; פירוט בדבר קיוזו סכומים אחרים שמגיעים להראל מאת התובע; פירוט בדבר קיוזו מקדמות או סכומים שאינם שניים במחלוקת אם שולמו כאלה; סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה; הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה; הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום שבפיקוד וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיקוד; המועד שבו היו בידי הראל כל המידע והמסמכים הנדרשים לבירור התביעה.

(ב) לגבי תשלום עיתי (לרבות קצבה) יפורט, במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בפסקה (א) - סכום התשלום הראשון, מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; מושך התקופה המרבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה, התקנון או הדין; מושך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.

2. אם נתקבלה החלטה על תשלום חלק מהתביעה יוגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב הכוללת שני חלקים כמפורט להלן:

החלק הראשון, שיפרט את מרכיביו של התשלום שאושר בהתאם למפורט לעיל;
החלק השני, שיפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.

בכל מקרה בו נתקבלה החלטה על תשלום התביעה, לא יהיה צורך במשלוח המסמכים המפורטים בסעיף ד' לעיל, למעט העתק מערכת כללים זו.

בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.
בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תהיה הראל פטורה מממן הודעה לפי סעיף זה החל מאותו מועד.

2. הודעת פשרה

1. הראל תציע לתובע הצעת פשרה סבירה למועד ההצעה.

2. אם הוסכם על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תימסר לתובע הצעת פשרה בכתב וינתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.

3. הצעת הפשרה הכתובה תכלול את מקרה הביטוח, הנימוקים שבסיסו הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שניים במחלוקת ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כזה.

4. כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה, היא לא תחייב את הצדדים.
הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו התובע מיוזג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו נדונה התביעה בבית משפט.

3. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

1. אם יידרש להראל זמן נוסף לשם בירור התביעה, תימסר על כך לתובע הודעה בכתב ויפורטו בה הסיבות בגין נדרש זמן נוסף כאמור וכן המידע או המסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע לשם בירור התביעה.

2. הודעת המשך בירור כאמור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים (למעט בתביעות לפי הפקודה, בהן תימסר הודעה כאמור לפחות כל ששה חודשים) ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה, לפי העניין, למעט במקרים הבאים:

אם פורט בהודעת המשך הבירור מועד עתידי להערכת הנזק, ואז אין צורך במשלוח הודעה בדבר המשך בירור עד למועד האמור.
ובלבד שתישלח הודעת המשך בירור לפחות לאחר שנה;
אם פנה התובע לערכאות משפטיות;
אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צוין כי לא תישלחנה הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

4. הודעה בדבר דחיית תביעה

אם נתקבלה החלטה על דחייה מלאה או חלקית של תביעה, תימסר לתובע הודעה כתובה על כך.
נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי הפוליסה או התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין אשר עליהם נסמכת הדחייה ובשלם נדחת התביעה.

5. הודעה בדבר התיישנות תביעה

1. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה להראל אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

2. בנוסף כל הודעה אחרת הנשלחת לתובע במועד לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקה כאמור בדבר התיישנות וכן את מועד קרות מקרה הביטוח, ויצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.

3. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את הראל כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליו למסור הודעה הכוללת את פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות - לא תובא במנין תקופת ההתיישנות (כל זאת) - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב.

4. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את הראל כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין מועד שליחת הודעה הכוללת פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות - לא תובא במנין תקופת ההתיישנות (גם זאת) - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות).
הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

1. בכל מקרה שבו נתקבלה בהראל פנייתו של תובע (שהוא צד שלישי) לתקופת מידע בדבר עצם קיומה של פוליסה לביטוח אחריות של אדם מסוים בעקבות מקרה מסוים, יימסר המידע בעניין זה לתובע בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד דרישתו של התובע.
2. בכל מקרה שבו נדרשו על ידי התובע תגמולי הביטוח, ויימסר הודעה למבוטח בכתב בתוך שבעה ימי עסקים מיום הדרישה כי אם לא יודיע לה על התנגדותו לתשלום הפיצוי בתוך שלושים ימים, ישולמו לצד השלישי תגמולי הביטוח שהראל חייבת למבוטח, ככל שהיא חייבת בתשלום.
3. הראל תפעל לבירור חבותה כלפי המבוטח בהתאם לתקופות ולמועדים הקבועים במערכת הכללים.
4. אם מצאה הראל כי קיימת חבות כלפי המבוטח, והמבוטח לא התנגד לתשלום האמור לעיל במהלך שלושים הימים האמורים, בין אם הודיע על אי התנגדותו או על הסכמתו ובין אם לא השיב כלל להראל, ישולמו לתובע תגמולי הביטוח שהראל חבה למבוטח. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעות הנוגשות לפי הפקודה.

יז. מתן תשובות וטיפול בפניות הציבור

הראל תשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטח או תובע בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בהראל, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

יח. מתן העתקים

1. הראל תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה או מהתקנון, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
2. למרות האמור לעיל, מתן להפנות תובע שהינו צד שלישי לביטוח אחריות לנוסח הפוליסה שנמצא באתר האינטרנט.
3. הראל תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר נמסר לה על ידי התובע, או מכל מסמך אשר התקבל אצלה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור"

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(6)	דרישה למידע ומסמכים נוספים.	14 ימי עסקים מהיום שהתברר הצורך בהם.
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו.	30 ימים מהיום שהתקבלו כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע.
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור.	כל 30 ימים מיום מסירת הודעה לפי סעיף 8(ב).
8(ט)(5)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם.	30-60 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלום.
8(יב)(2)	העברת העתק מסמך דין או הסכם.	14 ימי עסקים מיום קבלת הפסק דין בחברה או מיום חתימת ההסכם.
8(יג)(1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה.	14 ימי עסקים ממועד דרישת הפוליסה.
8(יג)(2)	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח צד שלישי.	7 ימי עסקים מיום הדרישה.
8(יד)	מענה בכתב לפניות הציבור.	30 ימים ממועד קבלת הפניה בכתב.
8(טו)(1)	מסירת העתקים מפוליסה או מתקנון.	14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע.	21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

29.04.2019

לכבוד
איקיליס שי
דרך ההגנה 150 דירה 5
תל אביב 6742505

א.ג.נ.,

הנדון: זימון למכון לרפואת ספורט

מר/גב' איקיליס שי 6-2974510 מוזמן/ת ביום יום שני 03.06.2019 לשעה 10:50 ל-מכון לרפואת ספורט לדר. רוזנטל בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג

לבדיקות:

כמות
1

L9249 בדיקת רופא אורתופד

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיכון המתנה
אנא הקפד/י להביא: הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות
וצילומים
התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית
במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופת חולים
תעודה מזהה

לתשומת לבך:

ללא סידור כספי לא נוכל לקבלך
הזמנה זו הינה בתוקף לתאריך זה בלבד
טלפון מס': 03-6974000
פקס' מס': 03-6973740

טלפונים לברורים:

במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי

הערות:

- ניתן לקבל את שירותי המרפאה באמצעות תשלום. לדוגמא, תעריף בדיקת רופא 283 ש"ח מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם- בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה.
 - במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
 - המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
 - המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
 - להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
 - אפליקציות ניווט להולכי רגל בבית החולים! נלווה אותך בהנחיות קוליות וכתובות משער בית החולים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
 - ניתן לפנות בדואר אלקטרוני בכתובת ort-c@tlvmc.gov.il מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.
- לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

תאריך ושעת ההדפסה: 14:09 08/12/2019

חסי רפואי

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



רפואה חובילה 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

מכתב שחרור

שם יחידה: חדר ניתוח יום - מתחם ב	מנהל היחידה:	אח/ות אחראי/ת:
טלפון:	פקס:	דוא"ל:
שם משפחה: איקיליס	שם פרטי: שי	ת.ז.: 29745106
תאריך לידה: 12/10/1972	גיל: 47	טלפון: 050-7940680
מין: זכר	גורם מממן: כללית	כתובת: דרך ההגנה 150 תל אביב-יפו 6742505

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 09:27 08/12/2019 מספר מקרה: 12061674

תאריך הקבלה

תאריך קבלה: 08/12/2019 שעה: 11:28

תאריך שחרור

תאריך שחרור: 08/12/2019 שעה: 11:28
עד השחרור: לביתו/ה - עצמאי

לא ידועה רגישות לחומרים

רגישות לתרופות

שם התרופה: PENICILLIN
תאריך רישום: 11/03/2019

אבחנה נוכחית לפעולה

- Repair acl, arthroscopic (Left) (81.45.02)

בריא בדרך כלל
שם הניתוח

KNEE ARTHROSCOPY 80.26 (Left)

תיאור הניתוח, מהלך לאחר הניתוח

בתאריך 8/12/19 עבר ארטרוסקופיה ברכ שמאל.
בהרדמה כללית.
בדיקה בהרדמה - טווח תנועה 10-130. יציבות שמורה.
כניסה דרך פארטלים אנטרולטלי ואנטומדיאלי כמקובל:
PF - תקין.
מדור מדיאלי - סחוסים תקינים. מניסקוס תקין.
NOTCH - נראה REVERSE CYCLOPE ורקמה צלקתית מרובה. רצועת ACL משוחזרת תקינה. PCL תקין.
מדור לטרלי - מניסקוס תקין. סחוסים תקינים.
הטרייט רקמה צלקתית וציקלופ מה NOTCH עם שייבר VAPERi. ביצוע NOTCHPLASTY קל.
בסיום - יישור מלא.
מהלך ניתוחי תקין.

משוחרר בהמלצות הבאות:

***יש להתחיל פיזיותרפיה לטווחים מלאים בהקדם!

סודי רפואי

שם: שי איקיליס	ת"ז: 29745106	ביקור:	תאריך:	חדר ניתוח יום - מתחם ב
----------------	---------------	--------	--------	------------------------

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓				14 ימים	ביום 1 X 1	90 mg	P.O	ARCOXIA TAB 90 mg (ETORICOXIB)

המלצות בשחרור

המלצה: *נוגדי כאב - אקמול או אופטלגין 500 מ"ג עד 4 פעמים ביום ובנוסף ארקוקסיה 90 מ"ג פעם ביום לאחר האוכל, למשך שבועיים.

* חבישה כפי שבוצעה למשך 48 שעות, לאחריהן הורדת חבישה, שטיפת הברך במים זורמים והחזרת חבישה אלסטית.

* שימוש בקביים למשך מספר ימים - דריכה מלאה.

* חופש מחלה למשך 3 שבועות.

* תחילת פיזיותרפיה בהקדם האפשרי לעבודה על טווחי תנועה, חיזוק שרירים וציבות הברך.

* ביקורת מרפאת יחידת הספורט והוצאת תפרים כשבועיים ממועד הניתוח.

* במקרה של עליית חום, תפיחות חריגה של הברך, כאב מתגבר או אודם מקומי - נא לפנות מידית למיון חירום.

ד"ר רחננטל רון
מחלקה בכירורגיה אורתופדית
מחלקה 118433
מרכז הרפואי סוראסקי ת"א

ד"ר רחננטל רון מ.ר. 118433

מכתב נחתם ע"י:

22/11/2019 תאריך

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל			
איקילים שי	00-02974510-6	47.01	12/10/1972
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
תל אביב - י	150 / 5	50	5071326
ישוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
רחוב	מס	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה: 33068185389

גורם שולח
3068

מספר הפניה
033068185389

תז נבדק
29745106

רשיון רופא
024743

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה לפני ניתוח מניסקוס בברך שמאל מומלץ אחרי הניתוח להתחיל טיפול פיזיותרפי בהקדם

סימנים חיוניים: גובה 171 10/04/2018 משקל 76 10/04/2018 BMI 25.99

לחץ דם 124 / 84 24/10/2018

דופק 69 24/10/2018

19/11/2019 מתאריך 107.41 eGFR

בעיות פעילות

מ. גילוי	אפיין	בעיה
01/03/2011		HYPERPARATHYROIDISM
01/03/2011		OSTEOPOROSIS
11/03/2019	It knee acl	REPAIR AND PLASTIC OPERATIONS ON JOINT STRUCTURES

תולדות עבר

מ. סיום	מ. גילוי	אפיין	בעיה
31/01/2010	01/12/2005		SMOKER

7 ה.ר.0

הפניה למכון פיזיותרפיה

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

00-02974510-6 הודפס ע"י ד"ר קטיה אוסטרובסקי אליס

איקילים שי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
Penicillin G.		
Penicillin G.	קוצר נשימה	המטופל

מידע ישן

Penicillin G.

24743

ד"ר קטיה אוסטרובסקי אליס

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה חתום הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

צנולית 16 שנה מחוז ת"א-נפו
ד"ר אוסטרובסקי קטיה
24743 מ.ר. מ.ר.
03-6302222 טל : רופאת נפוחה

שם: שי איקילים	ת"ז: 29745106	מקרה :	מחלקה: מרפאה אורתופדית
----------------	---------------	--------	------------------------

כאבים ברך שמאל
אבחנות בביקור

- Other tear of cartilage or meniscus of knee, current (Left) (836.2)

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות
רגישות לתרופות
שם התרופה
PENICILLIN
תאריך רישום
11/03/2019

סיקור כאב
המטופל/ת חש/ה כאב: לא

לא ידועה רגישות לחומרים
ניתוחים בעבר

S/P REPAIR ACL, ARTHROSCOPIC (Left) (11/03/2019)

בדיקה גופנית

נבדק : ק
מצב כללי
בית חזה וריאות
לב כלי דם
גפיים
תקין
תקין
תקין
לא תקין
ערי ונינוח, ללא כחנ"צ
כניסת אויר טובה ושווה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים
קולות סדירים ללא אוושות
כמתואר

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

המלצות כלליות

המלצה: יש לקבל טיפול ל-STAPH באף

תרופות מומלצות

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מימן	אופן מתן	שם התרופה
✓				5 ימים	1 X 2 ביום	1 application	IntraNasal	BACTROBAN NASAL OINTMENT 2% (MUPIROICIN)

חתימה: _____

דר' בריגה חואן מ.ר. 113557

מכתב נחתם ע"י:

תאריך ושעת ההדפסה: 11:17 18/11/2019
חסוי רפואי

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



רפואה חובילה 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

סיכום ביקור רפואי

שם יחידה: מרפאה אורתופדית	מנהל המרפאה: פרופ' סלעי משה מ.ר. 12797	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6974000	פקס:	דוא"ל:

שם משפחה: איקיליס	שם פרטי: שי	ת.ז.: 29745106
תאריך לידה: 12/10/1972	גיל: 47	טלפון: 050-7940680
מין: זכר	גורם מממן: כללית	כתובת: דרך ההגנה 150 דירה 5 לוד 6742505

נתוני ביקור - תאריך: 18/11/2019 שעה: 10:35 מספר ביקור: 37574991

בריא בדרך כלל
הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

מחלה נוכחית

בן 46,

כחודש וחצי לאחר שחזור ACL באמצעות שתל אלוגרפט.

סה"כ חש בטוב. עדיין נעזר בקביים.

מבצע פיזיותרפיה אך לדבריו עדיין מוגבל בטווחים.

בבדיקה:

הליכה עם קביים.

צלקות תקינות. עדיין נפיחות קלה

ללא תפליט. דלדול קוואד

טווח תנועה 10-100.

לחמן ומגירה יציבים.

17/6/19 ביקורת

=====

כ-3 חודשים לאחר שחזור ACL באמצעות שתל אלוגרפט.

סה"כ חש בטוב.

עדיין כאב המופיע לסירוגין. אינו קשור לפעילות.

ללא אירועי נפיחות או בריחות.

מבצע פיזיותרפיה.

בבדיקה:

נפיחות קלה, ללא תפליט. צלקות תקינות.

טווח תנועה - הגבלת יישור של כ-10 מעלות. כיפוף מלא

ריגשות מדיאלית מינימלית.

לחמן ומגירה קדמית עם מעצור.

16/9/19 ביקורת

=====

כחצי שנה לאחר שחזור ACL עם אלוגרפט.

עדיין הגבלת יישור, קליקים ולעיתים מעילות.

ללא אירועי נפיחות

שם: שי איקיליס	ת"ז: 29745106	מקרה :	מחלקה: מרפאה אורתופדית
----------------	---------------	--------	------------------------

בבדיקה:

ללא נפיחות או תפליט. צלקות תקינות.
טווח תנועה 5-130 ניתן להגיע ליישור פאסיבי מלא בעת הפעלת לחץ.
ריגשות מדיאלית, מקמורי חיובי.
לחמן ומגירה קדמית יציבים.

18/11/19 ביקורת

=====

כ-9 חודשים לאחר ניתוח שחזור ACL עם אלוגרפט.
עדיין סובל מכאבים וקושי במדרגות.
מתאר אירועי נעילות וקליקים. לעיתים מלווה בכאב.
ללא חוסר יציבות.
ללא נפיחות.

בבדיקה:

עדיין רלדול קוואד.
ללא נפיחות או תפליט.
טווח תנועה 5-130
ריגשות סדק לטרלי. מקמורי מפיק כאב.
לחמן ומגירה קדמית יציבים לחלוטין.

MRI - רקמה צלקתית בקדמת הNOTCH (ציקלופ). שינוי אות בקרן אחורית של מניסקוס מדיאלי.

מומלץ ארטרוסקופיה לטיפול בציקלופ ומניסקוס במידת הצורך.
הוסברו האופציות הטיפוליות לרבות שמרני מול ניתוחי, המהלך הצפוי, סיכויי ההחלמה, הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות זיהום,
פגיעה בעצבים או מלי דם, צורך בניתוח חוזר.
מעוניין בטיפול ניתוחי.
לתאום הניתוח יש ליצור קשר עם מזכירת יחידת הספורט, מירי, בטלפון 036974545 או במייל miric@tlvmc.gov.il

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

רגישות לתרופות

שם התרופה	תאריך רישום
PENICILLIN	11/03/2019

סיקור כאב

המטופל/ת חש/ה כאב: לא

לא ידועה רגישות לחומרים

ניתוחים בעבר

S/P REPAIR ACL, ARTHROSCOPIC (Left) (11/03/2019)

הפניה לניתוח

מופנה לניתוח: לא

מכתב נחתם ע"י:

ד"ר רוזנטל רון מ.ר. 118433

חתימת: רוזנטל
מחלקת כירורגיה אורתופדית
37451 מ.ר.מ. 118433
ד"ר הרפואי סוראסקי ח"א



302259192



29745106

שירותי בריאות כללית

-העתק-

תאריך: 19/11/19

מחוז מנפק: 002 ת"א יפו

מרפאה מנפקת: 3068 מרפאת נטקה

גורם מממן: 002 ת"א יפו

אל : איכילוב - 36260 רפואת ספורט לקביעת תור: 03-6974000

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 302259192

רופא מטפל: 24743 אוסטרובסקי אלי קטיה

המבטח: 0002974510-6 איקליס שי
רופא מפנה: 24743 אוסטרובסקי אלי קטיה
סיבת הפניה: הופנה ע"י רופא
הפניה לצורך:

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד משה"ב	קוד כמות
70005	בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט בדיקות להן קוד מיוחד	99242	1

תאריך זימון: 19/11/19 האישור בתוקף עד לתאריך: 19/05/20

כהן רוזנפלד דורין

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה חתימה וחותמת

מס' 2222009-00
מס' 2222009-00
מס' 2222009-00
מס' 2222009-00
מס' 2222009-00
מס' 2222009-00
מס' 2222009-00
מס' 2222009-00
מס' 2222009-00
מס' 2222009-00

כרטיס האשראי יחויב בסך של 35.00 ש"ח, אישור מספר 1731420

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

לתשומת לב בית החולים/המכון:

להלן תנאי האישור להפניה:

- * האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- * טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- * התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבטח.
- * טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.
- * על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.
- * התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בש"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.
- * התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.
- * תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
- * במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה: _____

הוזמן תור לתאריך: ____/____/____

טו-17

ע"ש סוראסקי

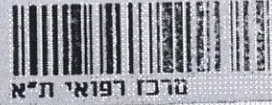
המרכז הרפואי ת"א

Tel Aviv Sour

Orthopaedic Surgery
6 Weizmann Street, Tel Aviv 64239
Tel: 972-3-6974727
Fax: 972-3-6974689

אמבולט : מכ רפ ספורט / רפ ספורט מכ מקרה: 37574991
מ.ז. : 2974510-6 שם: איקיליס שי

אב : יוסף כתובת: דרך ההגנה 150 דירה 5 תל אב מ"ז:
סוג : אזרח טל: 050-7940680 ת.ל.י.ה: 12.10.1972
נ.מ.מ.מ. 110070 נס' רחובות: 302258721



יומן : דר. רוזנטל
ת.ק.ב.ל.ה 18.11.19 10:33
מפעיל : TATLANAM

מרכז רפואי ת"א

הנך מוזמנת ליום הכנה ובדיקות לקראת הניתוח אותו אתה עומדת לעבור ב: 8/10

לניתוח חירורגי
במהלך היום תתקבלי על ידי הצוות הרפואי של יחידת הספורט, ועל ידי רופא מרדים בהתאם להחלטה הרפואית (אין צורך בצום)

חובה להגיע עם טופס 17 או אסמכתא תקציבית (חיילים)!

לטרום ניתוח שבתאריך 20/11 עליך להביא (לפי המסומן):

1. סיכום מידע רפואי מרופא משפחה בו מאשר שאין מניעה לעבור ניתוח בהרדמה מלאה. פירוט בעיות רפואיות ורשימת תרופות.
2. בדיקות דם הכוללות: ספירת דם, כימיה, תפקודי קרישה, CRP.
3. א.ק.ג.
4. צילום חזה - מעל גיל 60 וחובה למעשנים לפי דרישה.
5. בדיקת משטח אף - MRSA
6. חובה להביא צילומים שנעשו בעבר כגון: MRI/CT/אולטרה סאונד/רנטגן - יש להביא הדיסק עצמו + פענוח במידה ויש. חולים שיגיעו ללא צילום לא יתקבלו והניתוח ידחה.
7. יש להגיע במכנס שמגיע עד הברכיים על מנת לבצע את הבדיקה.

חובה! במידה ואתה עונה על אחד מהסעיפים הבאים - יש להביא אישור מהרופא המטפל הרלוונטי:

8. יעוץ קרדיולוג - אישור מקרדיולוג לכל מטופל שעבר ניתוח מעקפים, החלפת מסתם, צנתור עם סטנט או בלון, אירוע לבבי, פרפור לבבי, הפרעות קצב. מטופלים עם קוצב לב-חובה להביא טופס בדיקת קוצב אחרון אישור ממרפאת קוצבים.
9. יעוץ רופא ריאות - חולי אסתמה, COPD, מקבלי תרופות. כמו כן מי שביצע תפקודי ריאות - נא להביא הבדיקה.
10. יעוץ נוירולוג - מטופל שעבר אירוע מוחי, CVA, TIA פגיעת ראש טראומתית, וכן מחלה עצבית אחרת. מטופלים שעברו דופלר עורקי צוואר - נא לצרף.
11. יעוץ נפרולוג - מטופל הסובל ממחלת כליות כגון: אי ספיקת כליות, מושתלי כליה, דיאליזה.
12. יעוץ אנדוקרינולוג - סכרת קשה, מחלת בלוטת התריס אשר במעקב.
13. יעוץ המטולוג - מטופל שסובל מתסחיף או קריש דם, חוזר דם, או פקטור שהוא ומטופלים תרופתית במדללים.
14. בכל מחלה כרונית/ פעילה אחרת - יש להתייעץ עם מומחה בנושא ולבקש חוו דעת לגבי סיכון ניתוחי.
15. חובה למלא את שאלון מחלקת ההרדמה המצורף עם רופא המשפחה.

שים לב - יום זה כרוך בזמן המתנה רב - אנא היו סבלניים.
מטופלים שיגיעו ללא הבדיקות הנדרשות כולל צילומים, לא יתקבלו והניתוח ידחה.

עמ' 2

ע"ש סוראסקי



המרכז הרפואי ת"א

היחידה לרפואת ספורט - ניתוחים ארטרוסקופים

החטיבה האורתופדית

לניתוח יש להביא:

1. טופס 17 מקופת חולים על פי קוד: G0331 / C999C / G0332
2. חיילים יש להגיע עם אסמכתא תקציבית לפי קוד G0331 / G0332 / C999C
3. תעודת זיהוי.
4. בהתאם, תרופות קבועות
5. קביים קנדיות.
6. מטופל עד גיל 18 נא להגיע בלוויית שני ההורים.
7. אין לגלח את הרגל המנותחת (או להוריד שערות) לפחות 3 ימים לפני הניתוח. מטופל אשר יגלח את הרגל הניתוח יבוטל באופן מיידי.
8. כיומיים לאחר הניתוח מומלץ להתחיל בטיפול פיזיותרפיה, על כן יש להיערך מראש - דרך קופ"ח.

הניתוח יתקיים ביום 21.12 - שעה מדויקת של הניתוח תימסר לפני הניתוח!

יש להגיע בצום מלא משעה _____

מיקום הניתוח קומה 2-, אגף ג, מחלקת ניתוחי יום

נבקש לציין כי הניתוח עלול להידחות בהתראה קצרה עקב מקרים דחופים או מצוקת אשפוז, ועל כך אנו מתנצלים מראש.

בברכת החלמה מהירה
צוות יחידת הספורט

מירי כרמלי

מתאמת ניתוחים ביחידת ספורט - 03-6974545

מייל: miric@tlvmc.gov.il

שירותי בריאות כללית

מחוז : ת"א יפו

מרפאה: 3068 נטקה

הרטוב 5 תל אביב - יפו 03-6302222

תאריך: 19/11/19

שעה : 07:32

-מקור-

אישור: 1/01731420

=====

מספר תיק: 589906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0002974510 איקיליס שי

פירוט גביה:

קוד תאור שירות

לתשלום תאריך ביקור

35.00

19/11/19

2 אמבולטורי בית-חולים

בי"ח: 320-איכילוב / 36260-רפואת ספורט

שירות: 70005 בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט קבוצה: 43 כי מורחב כללי

סה"כ לטופס : 35.00

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

=====

35.00

קופאי: 66867 - 8 כהן רוזנפלד דורין

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת

לכבוד
איקיליס שי
דרך ההגנה 150 דירה 5
תל אביב, 6742505

18.11.19
2974510-6
מס' זימון: 00000000

א.ג.נ.

הנדון: זימון למכון לרפואת ספורט

מר/גב' איקיליס שי 2974510 מוזמן/ת ביום חמישי 21/11/2019 לשעה 07:13 למכון לרפואת ספורט לטרום-ספ+זעיר במגדל אשפוז קומה 6 במחלקה אורתופדיה ב'-ספורט.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	99242	בדיקת רופא - טרום ניתוח	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיכנס המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------	---

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בחוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974545 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מעופל: 050-7940680
--------------	--	------------------------------

הערות	1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם- בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בחוקף בהגעה למרפאה. 2. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 4. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בד, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 5. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבי"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס. לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.
-------	--

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

ע"ש סוראסקי



המרכז הרפואי ת"א

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
המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל אביב
עיריית תל אביב-יפו

היחידה לכירורגית ספורט
החטיבה האורתופדית
טל': 03-6974545 פקס: 03-6972485

לכל המטופלים שלום רב,

הגעתם ליום הכנה ובדיקות לקראת הניתוח אותו אתם/עומדת לעבור.
במהלך היום תתקבלי/על ידי הצוות הרפואי של יחידת הספורט, ועל ידי רופא מרדים במקרה
הצורך.

היום מתחלק לשלושה שלבים :

שלב ראשון : מתאמת ניתוחים- מירי מקלידה את טופסי 17 / אסמכתא רפואית, למחשב בית
החולים.

שלב שני : לאחר חצי שעה תתקבלי/על ידי צוות הרפואי של היחידה בהתאם להחלטה רפואית
בלבד.

שלב שלישי ואחרון: מתקבלים לרופא מתמחה באורטופדיה על מנת לבדוק את הבדיקות הדם
ואשוריים רפואיים שהתבקשתם להביא.
מועד הניתוח יימסר ממירי בתום יום הבדיקות.

שים לב - יום זה כרוך בזמן המתנה רב ומסתיים בערך ב - 11:30 - אנא היו סבלניים אנו
מנסים לתת מענה לכל מטופל ומטופל.

בברכה ויום טוב

ד"ר גיא מורג - מנהל שירות יחידת הספורט
החטיבה האורתופדית
המרכז הרפואי תל אביב

שירותי בריאות כללית

מחוז : ת"א יפו

מרפאה: 3068 נטקה

הרטוב 5 תל אביב תל אביב - יפו 03-6302222

תאריך: 19/11/19

שעה : 07:32

-מקור-

אישור: 1/01731420

=====

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

מספר תיק: 589906114

לכבוד: 0002974510 איקיליס שי

פירוט גביה:

קוד תאור שירות

תאריך ביקור לתשלום

35.00

19/11/19

2 אמבולטורי בית-חולים

בי"ח: 320-איכילוב / 36260-רפואת ספורט

שירות: 70005 בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט קבוצה: 43 כי מורחב כללי

סה"כ לטופס : 35.00

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

=====

35.00

קופאי: 66867 - 8 כהן רוזנפלד דורין

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת

לכבוד **איקילים שי**
דרך ההגנה 150 דירה 5
תל אביב, 6742505

18.11.19

2974510-6
מס' זימון: 00000000

א.ג.נ.

הנדון: זימון למכון לרפואת ספורט

מר/גב' **איקילים שי** 2974510-6 מוזמן/ת ביום חמישי **21/11/2019** לשעה **07:13** למכון לרפואת ספורט לטרום-ספ+זעיר במגדל אשפוז קומה 6 במחלקה אורתופדיה ב'-ספורט.

לבדיקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	99242	בדיקת רופא - טרום ניתוח	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	- תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). - הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. - התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. - חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. - במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------	---

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974545 מס' פקס מרפאה: 074-7219810 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מטופל: 050-7940680
--------------	--	------------------------------

הערות	1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה. 2. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 4. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 5. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבי"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס. לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.
-------	---

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

ע"ש סוראסקי



המרכז הרפואי ת"א

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
המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל אביב
עיריית תל אביב-יפו

היחידה לכירורגית ספורט
החטיבה האורתופדית
טל': 03-6974545 פקס: 03-6972485

לכל המטופלים שלום רב,

הגעתם ליום הכנה ובדיקות לקראת הניתוח אותו אתם עומדת לעבור.
במהלך היום תתקבלי על ידי צוות הרפואי של יחידת הספורט, ועל ידי רופא מרדים במקרה הצורך.

היום מתחלק לשלושה שלבים:

שלב ראשון: מתאמת ניתוחים- מירי מקלידה את טופסי 17 / אסמכתא רפואית, למחשב בית החולים.

שלב שני: לאחר חצי שעה תתקבלי על ידי צוות הרפואי של היחידה בהתאם להחלטה רפואית בלבד.

שלב שלישי ואחרון: מתקבלים לרופא מתמחה באורטופדיה על מנת לבדוק את הבדיקות הדם ואשוריים רפואיים שהתבקשתם להביא.
מועד הניתוח יימסר ממירי בתום יום הבדיקות.

שימי לב - יום זה כרוך בזמן המתנה רב ומסתיים בערך ב - 11:30 - אנא היו סבלניים אנו מנסים לתת מענה לכל מטופל ומטופל.

בברכה ויום טוב
ד"ר גיא מורג - מנהל שירות יחידת הספורט
החטיבה האורתופדית
המרכז הרפואי תל אביב

23.12.19

לכבוד



2974510-6

מס' זימון: 00000000

איקילים שי

דרך ההגנה 150

תל אביב - יפו, 6742505

א.ג.נ.

הנדון: זימון למכון לרפואת ספורט

מר/גב' איקילים שי 6-2974510 מוזמן/ת ביום שני 20/01/2020 לשעה 10:50 למכון לרפואת ספורט לדר. רוזנטל בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג.

לביקות	קוד שירות	תיאור שירות	כמות
	19249	בדיקת רופא אורתופד	1

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

אנא הקפד להביא	• תעודה מזהה עם תמונה (עבור ילד ת.ז של ההורה כולל ספח). • הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים. • התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר. • חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית. • במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופות חולים.
----------------	---

לתשומת ליבך: ללא סידור כספי ותעודה מזהה לא נוכל לקבלך

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 03-6974000 מס' פקס מרפאה: 03-6973740 דוא"ל מרפאה: ort-c@tlvmc.gov.il	מס' טלפון מעופל: 050-7940680
--------------	--	-------------------------------------

הערות	ניתן לקבל את שירותי המרפאה באמצעות תשלום. לדוגמא, תעריף בדיקת רופא 285 ש"ח 1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-כימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון ויצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה 2. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובה להגיע למרכז הרפואי עם מלווה. 3. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה. 4. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בד, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך. 5. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך. 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבי"ח! חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות. מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס. לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.
-------	---

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ



302259192



29745106

שירותי בריאות כללית

-העתק-

תאריך: 19/11/19

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו
מרפאה מנפקת : 3068 מרפאת נטקה
גורם מממן : 002 ת"א יפו

אל : איכילוב - 36260 רפואת ספורט לקביעת תור : 03-6974000

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 302259192

רופא מטפל : 24743 אוסטרובסקי אלי קטיה

המבוטח : 0002974510-6 איקיליס שי
רופא מפנה : 24743 אוסטרובסקי אלי קטיה
סיבת הפניה : הופנה ע"י רופא
הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד משה"ב	כמות
70005	בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט בדיקות להן קוד מיוחד	99242	1
תאריך זימון: 19/11/19			
האישור בתוקף עד לתאריך: 19/05/20			
כהן רוזנפלד דורין			
שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה			
חתימה וחותמת			

המבוטח אישור מספר 1731420
המבוטח אישור מספר 1731420
המבוטח אישור מספר 1731420

כרטיס האשראי יחויב בסך של 35.00 ש"ח, אישור מספר 1731420
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנה פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית.
לתשומת לב בית החולים/המכון!
להלן תנאי האישור להפניה:

- * האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בשל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- * טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.
- * התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.
- * טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים כמצוין לעיל.
- * על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו הוזמן.
- * התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.
- * התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.
- * תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.
- * במידה ונותן השירות בוחר ליתן את השירותים נשוא ההתחייבות על ידי תאגיד בריאות, תוקפה של התחייבות זאת מותנה וכפוף לכך שהשירותים יינתנו בהתאם ועל פי תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב - 2001.

בשעה: _____

הוזמן תור לתאריך: ____/____/____

ט"ז-17

שירותי בריאות כללית

מחוז : ת"א יפו
מרפאה: 3068 נטקה

הרטוב 5 תל אביב תל אביב - יפו 03-6302222

תאריך: 04/06/19

שעה : 07:54

- מקור -

אישור: 1/01698283
=====

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

מספר תיק: 589906114

לכבוד: 0002974510 איקיליס שי

פירוט גביה:

קוד תאור שירות

לתשלום תאריך ביקור

35.00

04/06/19

2 אמבולטורי בית-חולים

בי"ח: 320-איכילוב / 33100-אורתופדיה
שירות: 70017 בדיקת רופא אורתופד במרפאה

סה"כ לטופס : 35.00

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

=====

35.00

קופאי: 30039 - 8 ברוך לינוי

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת

17.06.2019

לכבוד
איקיליס שי
דרך ההגנה 150 דירה 5
תל אביב 6742505

א.ג.נ.,

הנדון: זימון למכון לרפואת ספורט

מר/גב' **איקיליס שי** 6-2974510 מוזמן/ת ביום יום שני 16.09.2019 לשעה 10:20 ל-מכון לרפואת ספורט לדר. רוזנטל בבנין סוראסקי קומת קרקע אגף ג

כמות
1

לבדיקות:

L9249 בדיקת רופא אורתופד

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה
אנא הקפד/י להביא: הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים

התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית
במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופת חולים
תעודה מזהה

לתשומת לבך:

ללא סידור כספי לא נוכל לקבלך
הזמנה זו הינה בתוקף לתאריך זה בלבד
טלפון מס': 03-6974000
פקס' מס': 03-6973740

טלפונים לברורים:

במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי

הערות:

- ניתן לקבל את שירותי המרפאה באמצעות תשלום. לדוגמא, תעריף בדיקת רופא 283 ש"ח מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם- בימי חול מהשעה 16:00 ועד 07:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון וייצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה.
 - במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהי העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
 - המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
 - המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בד, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
 - להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
 - אפליקציית ניווט להולכי רגל בבית החולים! נלווה אותך בהנחיות קוליות וכתובות משער בית החולים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
 - ניתן לפנות בדואר אלקטרוני בכתובת ort-c@tlvmc.gov.il מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.
- לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.**

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

דף הנחיות להגשת תביעת בריאות בנושא פיצוי בגין ניתוח / פיצוי בגין אשפוז בגין מחלה/תאונה

הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד.

ניתוחים שבוצעו בבית פרטי באמצעות הביטוח המשלים (כללית מושלם/פלטניום, מכבי זהב, לאומית זהב, מאוחדת עדיף ומאוחדת שיא) וניתוחים שבוצעו בבית ציבורי באמצעות קופ"ח/ביטוח משלים

- יש למלא ולהעביר אלינו את טופס תביעת בריאות בגין פיצוי בגין ניתוח לאחר שמולאו בו חלקים א' ו-ב' בלבד כדלהלן:
- א. חלק א', הכולל את פרטי המבוטח, עליך למלאו בעצמך - אנא מלא בו את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול בפנייתך.
- ב. חלק ב', שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי הקבוע בקופ"ח (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לניתוח, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
- ג. סיכום שחרור/גיליון ניתוח.
- ד. במידה ושולמה על ידך השתתפות עצמית יש להעביר קבלה.
- ה. הערה: בניתוחים לילדים בגילאי 0-12 יש לצרף מכתב תולדות מחלה מרופא הילדים המטפל בילד באופן קבוע.
- ו. נא למלא את טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית המצ"ב.

אשפוז בגין מחלה או תאונה

- א. חלק א', הכולל את פרטי המבוטח, עליך למלאו בעצמך - אנא מלא בו את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול בפנייתך.
- ב. חלק ב', שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי הקבוע בקופ"ח (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לאשפוז, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
- ג. סיכום מיון / סיכום אשפוז.
- ד. במידה ושולמה על ידך השתתפות עצמית יש להעביר קבלה.
- ה. הערה: בניתוחים לילדים בגילאי 0-12 יש לצרף מכתב תולדות מחלה מרופא הילדים המטפל בילד באופן קבוע.

מה יקרה בהמשך

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תיבחן על ידינו זכאותך לכיסוי ביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.

אם הכול ברור ותקין

נאשר זכאותך לכיסוי ביטוחי לפיצוי בגין הניתוח/אשפוז בכפוף לתנאי הפוליסה.

אם תידרשנה הבהרות כלשהן

ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים, לפי הצורך.

אם יתברר שאינך זכאי לכיסוי/פיצוי על פי הפוליסה

תושלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בינה אינך זכאי לפיצוי, לאחר שריו ביזנו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

לתשומת ליבך

אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

בברכה,

אנף תביעות בריאות וחול'
הראל חברה לביטוח

ע"ש סוראסקי



המרכז הרפואי ת"א

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
המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל אביב
עיריית תל אביב-יפו

היחידה לכירורגית ספורט
החטיבה האורתופדית
טל': 03-6974545 פקס: 03-6972485

לכל המטופלים שלום רב,

הגעתם ליום הכנה ובדיקות לקראת הניתוח אותו את/ה עומד/ת לעבור.
במהלך היום תתקבלי/י על ידי הצוות הרפואי של יחידת הספורט, ועל ידי רופא מרדים במקרה הצורך.

היום מתחלק לשלושה שלבים :

שלב ראשון : מתאמת ניתוחים- מירי מקלידה את טופסי 17 / אסמכתא רפואית, למחשב בית החולים.

שלב שני : לאחר חצי שעה תתקבלי/י על ידי צוות הרפואי של היחידה בהתאם להחלטה רפואית בלבד.

שלב שלישי ואחרון: מתקבלים לרופא מתמחה באורטופדיה על מנת לבדוק את הבדיקות הדם ואשוריים רפואיים שהתבקשתם להביא.
מועד הניתוח יימסר ממירי בתום יום הבדיקות.

שים/י לב - יום זה כרוך בזמן המתנה רב ומסתיים בערך ב - 11:30 – אנא היו סבלניים אנו מנסים לתת מענה לכל מטופל ומטופל.

בברכה ויום טוב

דר' גיא מורג – מנהל שירות יחידת הספורט

החטיבה האורתופדית

המרכז הרפואי תל אביב

11.02.2019

לכבוד
איקיליס שי
דרך ההגנה 150 דירה 5
תל אביב 6742505

א.ג.נ..

הנדון: זימון למכון לרפואת ספורט

מר/גב' **איקיליס שי** 6-2974510 מוזמן/ת ביום יום חמישי 28.03.2019 לשעה 07:13 ל-מכון לרפואת ספורט לטרום-ספ+זעיר במגדל אשפוז קומה 6 במחלקה אורתופדיה ב'-ספורט

כמות
1

לבדיקות:

99242 בדיקת רופא - טרום ניתוח

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה
אנא הקפד/י להביא: הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות וצילומים

התחייבות כספית (טופס 17) או אמצעי תשלום אחר
חיילים מתבקשים להביא אסמכתא תקציבית
במקרה של תאונת דרכים, יש להביא התחייבות מקופת חולים
תעודה מזהה

לתשומת לבך:

ללא סידור כספי לא נוכל לקבלך
הזמנה זו הינה בתוקף לתאריך זה בלבד

טלפונים לברורים:

טלפון מס': 03-6974545

פקס' מס': 03-6973740

במידה ואין באפשרותך להגיע, נא הודיענו בהקדם האפשרי

הערות:

1. מטופל נכה, בעל תו חניה ממשרד התחבורה, זכאי לחניה חינם-בימי חול מהשעה 07:00 ועד 16:00 למחרת ובימי שישי מהשעה 07:00 ועד 13:00 בחניון סמי עופר ובשאר השעות בחניון ויצמן. לקבלת הטבה, הצג/י תו נכה בתוקף בהגעה למרפאה.
 2. במקרים בהם קיימת מוגבלות כלשהיא העלולה לסכן את בטיחותך ולגרום לנפילה (במיוחד אם נפלת מספר פעמים החודש או אם אתה סובל מהפרעות ביציבות או נעזר במקל או הליכון), חובתך להגיע למרכז הרפואי עם מלווה.
 3. המרפאה הינה בבי"ח ציבורי ועפ"י הנחיות משרד הבריאות, אין התחייבות לקבלה לרופא מקצועי ספציפי, הנותן שירות במרפאה.
 4. המרכז הרפואי ת"א הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במהלך וכחלק מהטיפול הרפואי בך, תוך שמירה על פרטיותך וכבודך.
 5. להימנע מלהגיע לביה"ח עם חפצי ערך.
 6. אפליקציית ניווט להולכי רגל בבית החולים! נלווה אותך בהנחיות קוליות וכתובות משער בית החולים ועד ליעד הרצוי. חפש "איכילוב" בחנות האפליקציות.
- מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.**
לתשומת לבך, במידה ויבצעו בדיקות וטיפולים שאינם מכוסים ע"י טופס התחייבות מהמבטח תחויב/י בתשלום או בהמצאת כיסוי נוסף מהמבטח עבור שירותים אלו.

בברכה,
הנהלת מרפאות חוץ

תאריך: 26/02/19

לכבוד: איקילים שי

מועד הביקור אצל לקיחת דמיון חדר קומה

נקבע לך ליום ה' בתאריך 28/02/19 כ"ג אדר א בשעה 09:10.

במידה ואינך יכול/ת להופיע אנא תודיע לנו בטל' - 003-6302222,
מס. פקס - 003-6302220.

בתודה,

צוות מרפאת נטקה

הרטוב 5 תל אביב תל אביב - יפו.

תאריך: 28/02/19

שיחות בריאות כללית

מחוז: ת"א יפו

מרפאה: נטקה

טלפון: 03-6302222

רשימת תורים

לכבוד: איקיליס שי

תאריך וזמן	יום	שעה	שם רופא / שם אחות	מרפאה
28/02/19 כ"ג אדר א	ה	09:10	לקיחת דמים	נטקה
04/03/19 כ"ז אדר א	ב	09:02	לקיחת דמים	נטקה

במידה ואין באפשרותך להגיע לתור דאג לבטל מוקדם ככל האפשר
את התור ניתן לבטל
- באתר הכללי
- התקשרות למרפאה

נא להגיע עם הכרטיס המגנטי

בברכה

צוות המרפאה

שירותי בריאות כללית

מחוז : ת"א יפו
מרפאה: 3068 נטקה
הרטוב 5 תל אביב תל אביב - יפו 03-6302222
תאריך: 26/02/19
שעה : 10:49

-מקור-

אישור: 1/01680102
=====

מספר תיק: 589906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0002974510 איקיליס שי

פירוט גביה:

קוד תאור שירות

לתשלום תאריך ביקור

34.00

26/02/19

אמבולטורי בית-חולים

2

בו"ח: 320-איכילוב / 36260-רפואת ספורט

שירות: 70005 בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט לבוצה: 43 כ' מורחב כללי

סה"כ לטופס : 34.00

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

34.00

קופאי: 66867 -8 כחן רוזנפלד דורין

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אוא פנה למרפאה
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

בא לשמור על האישור
להתחשבות עתידית

חותמת והחידת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ת ו ל ח ת ר א ו ת



302223927



29745106

שירותי בריאות כללית

- מקור -

חשוי/אישי

תאריך: 01/02/19

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו

מרפאה מנפקת : 3068 נטקה

גורם מממן : 002 ת"א יפו

אל : איכילוב - 33100 אורתופדיה לקביעת תור : 03-6974000

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 302223927

המבוטח : 0002974510-6 איקיליס שי

רופא מפנה : 31963 לשינר ויאצ'סלב

סיבת הפניה : חופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

רופא מטפל : 24743 אוסטרובסקי אלי קטיה

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד משה"ב	כמות
70045	בדיקת רופא מרדים במרפאה	L9268	1

תאריך זימון : 01/02/19

האישור בתוקף עד לתאריך : 01/08/19

פנטה מליסה

שם הפקיד/מנהל אדמי' במרפאה

חתימה וחזותמת

לתשומת לב בית החולים/המכון !

לחלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הקבועים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא-המשפחה של המבוטח.

* טופס זה מיועד למספר פעולה/ות ביקורים/ים כמצוין לעיל.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/החוזר), מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים בביקור אליו חוזמן.

* ההתחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* ההתחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

בשעה : _____

חוזמן תור לתאריך : ____/____/____

ט"ו-17

שירותי בריאות כללית

מחוז : ת"א יפו
מרפאה: 916 מוקד אשפוז 'איכילוב'

תאריך: 11/02/19

שעה : 11:12

- מקור -

אישור : 1/00034002
=====

מספר תיק: 89906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0002974510 איקיליס שי

קוד	תאור שירות	תאריך ביקור	לתשלום
2	אמבולטורי בית-חולים בי"ח: 320-איכילוב / 33100-אורתופדיה שירות: 70017 בדיקת רופא אורתופד במרפאה	11/02/19	34.00
סה"כ לטופס :			34.00

=====
34.00

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

קופאי: 8-331399 לוי מרגריטה

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור
להתחשבנות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת



302238404



29745106

שירותי בריאות כללית

- העתק -

תאריך: 26/02/19

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו
מרפאה מנפקת : 3068 מרפאת נטקה
גורם מממן : 002 ת"א יפו

אל : איכילוב - 36260 רפואת ספורט לקביעת תור : 03-6974000

אישור לטיפולים אמבולטוריים
מס': 302238404

המבוטח : 0002974510-6 איקיליס שי
רופא מפנה : 24743 אוסטרובסקי אלי קטיה
סיבת הפניה : חופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

קוד שירות	קוד תאור הטיפול/בדיקה	קוד משה"ב	קוד כמות
70005	בדיקת רופא מומחה במרפאה למעט בדיקות כחן קוד מיוחד	99242	1
תאריך זימון: 26/02/19			
האישור בתוקף עד לתאריך: 26/08/19			
כחן רזונבלר דורין			
שם הפקיד/מנהל אדמי במרפאה			
חתימת וחותמת			

כרטיס האשראי יחויב בסך של 34.00 ש"ח, אישור מספר 1630102
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי החשתתפות העצמית
לתשומת לב בית החולים/המכון!
לחלן הנאי האישור להפניה:

* האישור משמש התחייבות חקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים"
כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכובד, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* התשלום מותנה בשליחת מכתב/סיכום רפואי חתום ע"י רופא בית החולים, אל רופא המשפחה של המבוטח.

* טופס זה מיועד למספר פעולות/ביקורים כמצויין לעיל.

* על בית החולים/המכון לצרף לטופס הזמנתם לביקור (ראשון/חוזר). מכתב רפואי המפרט את מצב המטופל והטיפול/בדיקות הנדרשים
בביקור אליו הוזמן.

* התחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא
או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

בשעה: _____

הוזמן תור לתאריך: ____/____/____

טו-17



102238420



29745106

שירותי בריאות כללית

חסוי/אישי

-מקור-

תאריך: 26/02/19

מחוז מנפק : 002 ת"א יפו

מרפאה מנפקת : 3068 נטקה

גורם מממן : 002 ת"א יפו

אל : איכילוב - לקביעת תור : 03-6974000

אישור לאשפוז דיפרנציאלי
מס': 102238420

חמבוט : 0002974510-6 איקיליס שי

רופא מפנה : 15594 סטקליאר מרדכי

סיבת הפניה : חופנה ע"י רופא

הפניה לצורך :

רופא מטפל : 24743 אוסטרובסקי אלי קטיה

קוד שירות	תאריך	קוד משת"ב	כמות
10401	ארתורוסקופיה של הברך, מורכבת, באשפוז	G0332	1

תאריך זימון : 26/02/19 האישור בתוקף עד לתאריך : 26/08/19

פנטה מליסה

שם הפקיד/מנהל אדמי במרפאה חגימה וחתימת

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* טופס ההתחייבות יכונן, בתנאי שהמטופל מבוטח בשירותי בריאות כללית במעמד מתן השירות אצל נותן השירותים.

* שירותי בריאות כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שינתן במסגרת שר"פ.

* ההתחייבות זו לא תשמש למימון שירות אשר סופק בשר"פ, למעט אם נתקבל לכך אישור מראש על ידי כללית מושלם.

* ההתחייבות זאת תכונן בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

* תוקפו של טופס זה מותנה בכך שההתחייבות לא תשמש למימון שירותים אשר סופקו למבוטח בתוספת תשלום עבור בחירת רופא

או מנתח - בין אם תוספת התשלום שולמה ע"י המטופל באופן אישי ובין אם במימון צד ג' כלשהוא, לרבות חברת ביטוח.

בשעה _____:

תוזמן תור לתאריך _____/_____/_____

ט"ז-17

שירותי בריאות כללית

מחוז : ת"א יפו
מרפאה: 3068 נטקה
הרטוב 5 תל
תאריך: 07/05/20
שעה : 09:35

03-6302222 יפו - אביב תל אביב

-מקור-

אישור: 1/01764458

מספר תיק: 589906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0002974510 איקילים שי

פירוט גביה:

קוד תאור שירות

לתשלום תאריך ביקור

35.00

07/06/20

2 אמבולטורי בית-חולים

בי"ח: 320-איכילוב / 33100-אורתופדיה
שירות: 70017 בדיקת רופא אורתופד במרפאה

סה"כ לטופס : 35.00

35.00

כרטיס האשראי יחויב בסך של:

קופאי: 30039 - 8 ברוך לינוי

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת



מערכת בתי המשפט

יום ראשון 14 מרץ 2021

קבלה מס': 36447013 מקור

תאריך התשלום: יום ראשון 14 מרץ 2021

מקום התשלום: אתר

שם המבצע: אתר נט המשפט

פרטי החייב: שי איקיליס ת"ז 029745106

פרטי המשלם: שי איקיליס ת"ז 029745106

סכום בש"ח: 710.00

פירוט התשלום:

שובר	תיק	סעיף חיוב	פעילות	סכום בש"ח
20007470259		שובר לתשלום מראש לתיק	יצירת חיוב	710.00

נתוני תשלום:

אמצעי תשלום: כרטיס אשראי

סוג כרטיס: לאומי כארד

מספר: 6144

בתוקף עד: 04/2025

מספר שובר אשראי: מספר שובר 10805511

מספר אישור אשראי: 0013041

סוג העסקה: רגיל

מספר התשלומים בקרדיט: 1

חתימה טלפון

קבלה זו ניתנת על תשלום שבוצע בעקבות הגשה באתר. יש לשמור עליה עד לקבלת ההודעה על אישור ההגשה. במידה וההגשה לא תאושר ניתן להשתמש בקבלה זו בדרכים הבאות:

- ביצוע הגשה אחרת באתר שסכום התשלום עליה זהה לסכום בקבלה. במסך התשלום יש לבחור את אופן התשלום "שובר לתשלום מראש" ולהזין בשדה שיתקבל את מספר השובר המופיע בקבלה זו.
- הצגת הקבלה במזכירות בית משפט לצורך פעולה בסכום זהה לזה המופיע בקבלה או לצורך קבלת החזר.

ייעוץ - הדרכה - ניהול

טלפקס: 03-6764562, נייד: 050-7350258

E-mail: yoramy23@zahav.net.il

עוסק מורשה
מס' 057416448

בוקר

6268 קבלה מס'

0.5%

לכבוד

2,2N33 - 40W

עבור

[illegible]

במזמור

ברטיס אשראי

בשיק מס' 0010245 ז"פ.

בשיק מס' 0010246 ז"פ

בשיק מס' 0010747 ז"פ

בשיק מס' 0010248 ז"פ

ד"ר 0010249

שיק מס' 0010250 ז"פ

שיק מס' 0010251 ז"פ

עיק מס' 0010252 ז"פ

ציק מס' 30010253 פ

.....0010254..... יוק מס' פ

..... יק מס' ז"פ

..... יק מס' ז"פ

ניכוי מס במקור %

ס"ה ש"ח

הסכום

במילים:

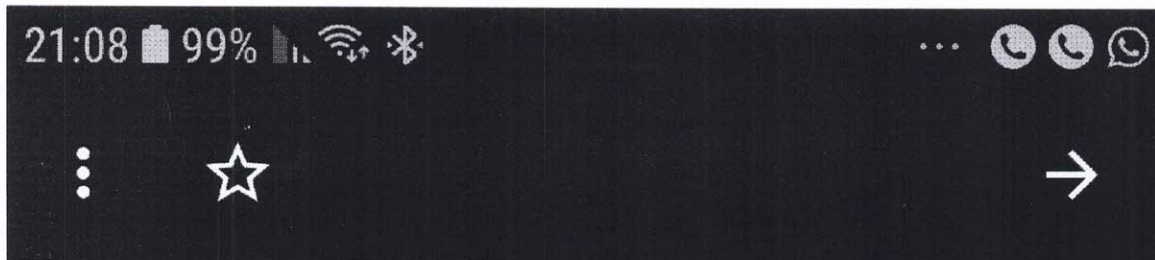
12318

תאריך

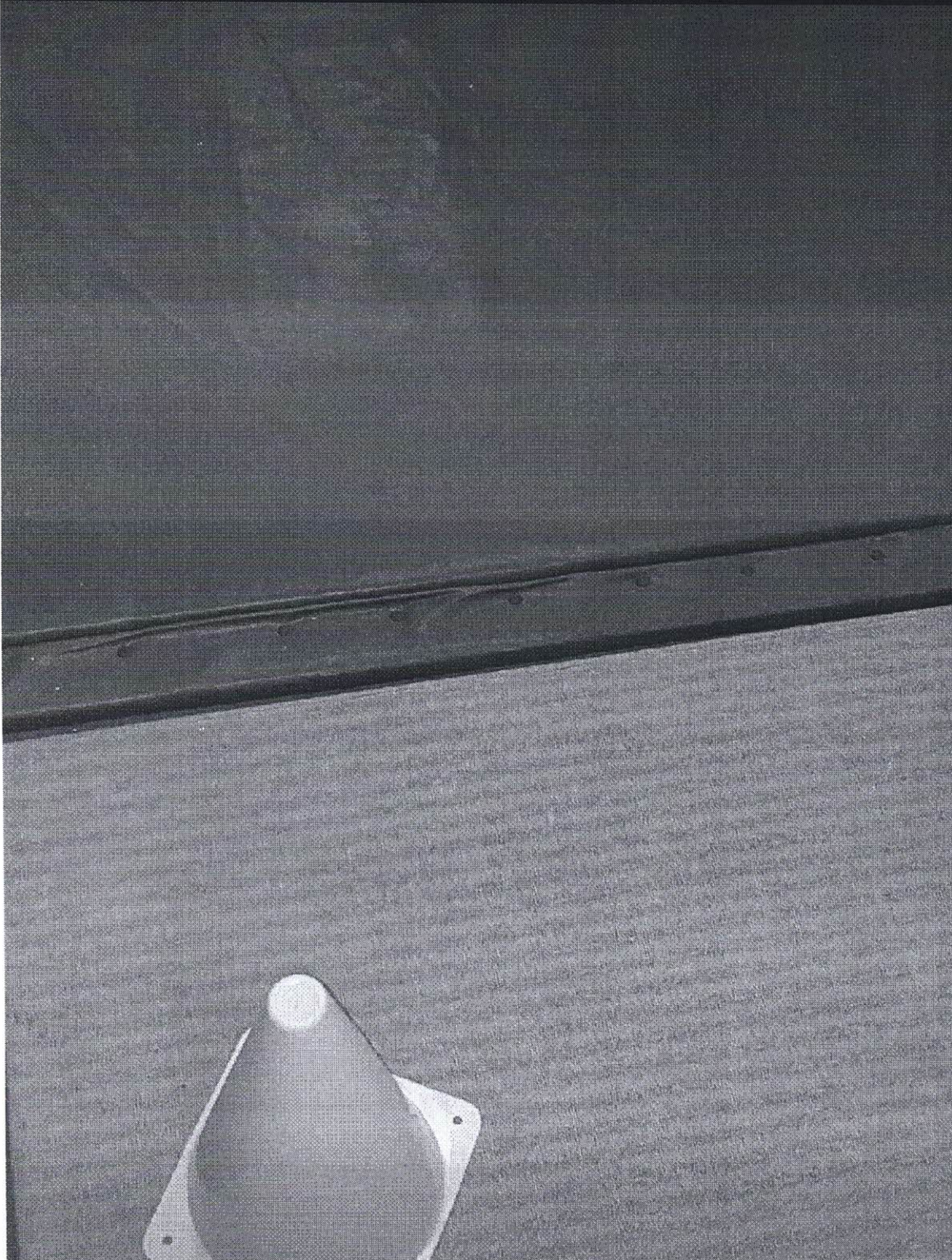
דחיקות

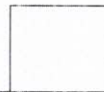
21:09 99%





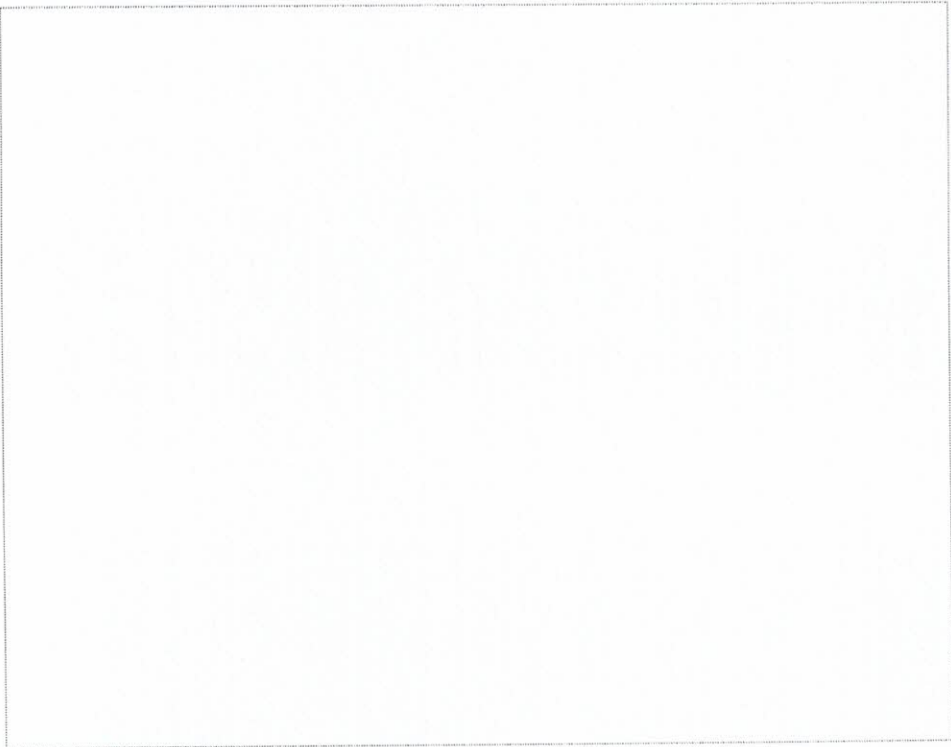
21:08 99%







—





טלפון: 036801377

תאריך: 15/05/2019

שם מרפאה: מרפאת מחוז תל אביב

שעה: 09:12

לכבוד: מפקד
ק' אמ"ש

הנדון: בדיקה רפואית

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. נוסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

פרטים אישיים:

איקילים שי

יחידת השירות: צוות 1 זיהוי
פלילי גזרה צ

דרגה: רס"ב

מ.א: 01028315

להלו האבחנות הרפואיות:

924.9

V45.89

תיאור ההגבלה:

קוד הגבלה רפואית	תיאור הגבלה רפואית	תאריך מ-	תאריך עד-	תאור הכרה	תאריך פציעה	שעת פציעה
51	משוחרר מפעילות גופנית מאומצת	15.05.2019	30.06.2019	מחלה רגילה		
33	פטור מפעילות מבצעית	15.05.2019	30.06.2019	מחלה רגילה		
16	מוגבל לעבודה בתנאי חדר	15.05.2019	30.06.2019	מחלה רגילה		

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה, על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: שאשא, אסתר

15/05/2019 09:12

חתימה:



טלפון: 036801377

תאריך: 01/07/2019

שם מרפאה: מרפאת מחוז תל אביב

שעה: 10:51

לכבוד: מפקד
ק' אמ"ש

הנדון: בדיקה רפואית

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

פרטים אישיים:

איקליס שי

יחידת השירות: צוות 1 זיהוי
פלילי גזרה צ

דרגה: רס"ב

מ.א.: 01028315

להלו האבחנות הרפואיות:

V45.89

תיאור ההגבלה:

קוד הגבלה רפואית	תיאור הגבלה רפואית	תאריך מ-	תאריך עד-	תאור הכרה	תאריך פציעה	שעת פציעה
28	משוחרר מריצה	01.07.2019	31.10.2019	מחלה רגילה		

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה, על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: שאשא, אסתר

01/07/2019 10:51

חתימה: _____



טלפון : 036801377

תאריך : 02/01/2020

שם מרפאה : מרפאת מחוז תל אביב

שעה : 09:25

לכבוד : מפקד
קי אמ"ש

הנדון: בדיקה רפואית

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

פרטים אישיים:

איקילים שי

יחידת השירות: צוות 1 זיהוי
פלילי גזרה צ

דרגה: רס"ב

מ.א: 01028315

לחלו האבחנות הרפואיות:

V45.89

תיאור ההגבלה:

קוד הגבלה רפואית	תיאור הגבלה רפואית	תאריך מ-	תאריך עד-	תאור הכרה	תאריך פציעה	שעת פציעה
69	מנוע מביצוע מל"ית	02.01.2020	31.01.2020	מחלה רגילה		

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה, על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: שאשא, אסתר

02/01/2020 09:25

חתימה:

ש.א.א.
מ.ר. 28757
18001



טלפון: 036801377

תאריך: 02/01/2020

שם מרפאה: מרפאת מחוז תל אביב

שעה: 09:25

לכבוד: מפקד
קי אמ"ש

הנדון: בדיקה רפואית

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א ואין למסור אותו לאדם או תוכנו לאדם פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

פרטים אישיים:

איקילים שי

יחידת השירות: צוות 1 זיהוי
פלילי גזרה צ

דרגה: רס"ב

מ.א.: 01028315

להלן האבחנות הרפואיות:

V45.89

תיאור ההגבלה:

קוד הגבלה רפואית	תיאור הגבלה רפואית	תאריך מ-	תאריך עד-	תאור הכרה	תאריך פציעה	שעת פציעה
69	מנוע מביצוע מל"ת	02.01.2020	31.01.2020	מחלה רגילה		

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה, על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: שאשא, אסתר

09:25

02/01/2020

חתימה:

ש.א.ש.א.
הממונה
18001
מ.ר. 28957

מחלקת שכר וזמלאות

מירוט תשלומים וזכויות תלוש 17691 מאי 2019

תשלומים

סכום	זיהוי נוסף	מתאריך עד תאריך	כמות/אחוז	שם סמל/תוספת	סמל
2072.73				שכר יסוד	
578.83				תוספת ותק	
3432.55			35.00	תמריץ חדש	0660
63.66			2.00	ת ותק מיוחד	0514
776.69	0.61	04	40.00	פ.ר. רמה ב	0535
960.15			7.00	השכלה ישימה	4196
328.76				ג.השתלמות א	0647
456.85			36.80	שיטור חדש	0570
2152.58	0.39		67.62	תוס מקצועית	0998
3174.33			47.85	ת.שירות חדשה	0642
106.06			4.00	הסכם שכר 99	4624
96.78			7.30	העדר קביעות	0815
476.63			3.60	ה.שכר 2001	4544
733.83			5.00	תוספת 2009	4934
1117.26			7.25	תוספת 2011	4994
227.26			1.37	אחוזית 2016	5401
260.94				שקלית 2016	5402
17015.89				סה"כ משכורת	

סכום	זיהוי נוסף	מתאריך עד תאריך	כמות/אחוז	שם סמל/תוספת	סמל
243.13				החזר הוצאות	
24.30				הש.ב. בריאות	1930
745.20			100.00	טל.עפ. דרגה	0842
1012.63	89.4		6.00	אש"ל גלובלי	0689
				סה"כ החזר הוצאות	

סכום	זיהוי נוסף	מתאריך עד תאריך	כמות/אחוז	שם סמל/תוספת	סמל
48.44				תשלומים אחרים	
18.42				גילום מס הכ	1111
66.86				גילום ב"ל	1777
18095.38				ברוטו שוטף	

זכויות

סכום	זיהוי נוסף	מתאריך עד תאריך	כמות/אחוז	שם סמל/תוספת	סמל
2119.00				מס הכנסה	
832.00				ביטוח לאומי	
786.00			832.00	ביטוח בריאות	
265.99			786.00	נ.תקציבית 2%	2200
4002.99		05/19 04/19		סה"כ זכויות חובה	

סכום	זיהוי נוסף	מתאריך עד תאריך	כמות/אחוז	שם סמל/תוספת	סמל
14092.39				שכר נטו	
90.00		05/19 05/19		כלכלה	2450
53.50		05/19		ב.חיים-נשוי	3331
66.00		05/19		ק.שוטר-נשוי	3332
209.50				סה"כ זכויות משרד	

נתונים אישיים

מספר אישי: 1028315
מספר זהות: 29745106
משרד נוספת: 0

משרד: 130
אגף: 000
יחידה: 16003309
צוות 1 זיהוי פלילי גזרה 19
כתובת: דרך ההגנה 150 תל אביב - 6742505
בנק: 12 - הפועלים
שכונת התקוה דרך ההגנה 63 תא 67721
סניף: 607

שם נתון	ערך	תאריך
מצב משפחתי	נשוי	
מס ילדים	4	
דיוג	נגד טכנאי ישים	29/08/04
דרגת כתף	רסב	06/01/17
דרגת שכר	רסב 3	
סה"כ ותק	24.75	
סה"כ ותק לשכר	24.75	
חלקיות	משרה מלאה	
מעמד	שוטר מן המניין	16/03/97
ת.העסקה		02/10/16
מקצוע/קבוצה	5 בכיר	
נתוני הישוב יום	21.07	
דיוג: 92 טכנאים	8.00	
שלב מקצועי: 32	תמריץ: גמול ב: זכאי	

סמל	שם נתון	ערך	חודשי	מצטבר
	נקודות זיכוי	4.75	1035.50	
	% מס שולי שנתי	31.00		
0080	זק.הפ.קה"ש	97.79	608.50	
0474	זקיפה-נס.חפ	72.99		
0474	זק לרפוי ש	32.45		
0474	זקיפה טלולרי	3.26		
0153	ברוטו קהש"ת	17015.89	86673.28	
0198	בר.קג.לשכירים	769.50	3847.50	
0102	ברוטו ב"ל	18058.74	90905.88	
0073	ימים בשבוע	5.00		

סמל	שם נתון	ערך	אחוז	חודשי	מצטבר
3953	טופו ק.השתלמו	7.50	1276.19		
3987	לשם גמל	5.00	38.48		192.40

סכומים מצטברים מהחילת שנה	חודשי עבודה	מספר תיק נכונים	1	2	3	4	5
	943006130	ניכוי ב.ב	3960.00	92129.02	10789.00	624.73	267.50
				1593.88	35% 45	242.20	539.10
				4199.00			
25.00	ימית ימי ח"ש	80.67					
	ימית ח"ש החודש ניצלת	0.00					
	מתחילת השנה נוצלו ימי מחלה						
	הנתונים נכונים ל-2019-2020						
	ימים שדווחו לאחר מכן לא באו לידי ביטוי						
	פ.ה. - 7800101001	מ.עלות - 510003					

הסכם לתשלום שכר טרחה - נזיקין, חבויות ופוליסות

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד, כדלקמן:

- א. תשלום ראשוני בסך 4500 ₪. (יגבה בסוף הטיפול)
- ב. תשלום עבור כל ישיבת בית משפט בסך _____ ₪, ישולם לפני כל ישיבה.
- ג. תשלום עבור סיכומים בכתב _____ כגובה התשלום עבור 4 ישיבות בית משפט, ישולם לפני הגשת הסיכומים.
- ד. בנוסף, ישולמו לעורך הדין אחוזים מהסכום הכולל שיפסק לזכות הלקוח על ידי בית המשפט (כולל מקדמות) או מתוך הסכום הכולל שיושג בפשרה, כדלקמן:
 1. 20% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
 2. 25% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" - ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
 3. 30% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור, או במקרה של פשרה שתושג לאחר דיון בבית המשפט (תשלום זה ישולם לעורך הדין בכל מקרה, אף אם יוגש ערעור על פסק הדין).

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות ומע"מ שיחולו על הלקוח, לרבות סך של עד 500 ₪ + מע"מ כסכום גלובלי עבור הוצאות משרדיות (צילומים, טלפונים, נסיעות, פקסים, דואר וכו') אף ללא קבלות. על חשבון ההוצאות ישלם הלקוח לעוה"ד סך של 1,200 ₪ עם תחילת הטיפול. יגבה בסוף הטיפול

4. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.
5. הלקוח מאשר לעוה"ד לנכות ולקזז מתוך כל סכום שיתקבל עבורו את שכר הטרחה המגיעים לו בהתאם להסכם זה.
6. הלקוח מאשר לעוה"ד לנכות ולקזז מתוך כל סכום שיתקבל עבורו את שכר הטרחה המגיעים לו בהתאם להסכם זה.
7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוראות כדלקמן:
- א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 5 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

הלקוח

