

05 יוני 2024

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד
המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה - הפול
מרח' האצ"ל 1
ראשון לציון 75070

ח.ג.,

הנדון: תאונה מיום 9.2.23
רכב מ.ר. 32-889-37
הנפגע: מנחם עמנואל דויטש, ת.ז. 066643404

1. ביום 9.2.23 בשעות הערב, עת חזר מתפילת ערבית בבית הכנסת, בפתח תקוה, החליק האופנוע שבנדון עליו רכב מרשי והוא נפל ונחבל (להלן: "התאונה").
- מצ"ב צילום רישיון נהיגה, תעודת חובה וטופס הודעה על תאונה.**
2. לאחר התאונה הגיע מרשי לביתו, חיטא וניקה את השפשופים ושהה במנוחה עם נטילת משככי כאבים בתקווה כי המדובר הוא בחבלות שיחלפו לאחר מנוחה ונטילת תכשירים לשיכוך כאב במסגרת ביתית.
3. נוכח החמרה בכאבים ובהגבלה בתנועות זרוע וכף יד ימין, כאבים והגבלה בתנועות הגב וכאבים בבית החזה עד כדי השפעה על התפקוד פנה מרשי לקבלת טיפול רפואי שם אובחנו חבלות בבית החזה מימין, בעמוד השדרה הגבי, וביד ושורש כף יד ימין. מרשי הופנה לביצוע בדיקות הדמיה בשאלה של שבר, בהמלצה לנטילת משככי כאבים ומנוחה בת 15 ימים.
4. בדיקת הדמיה שביצעה הדגימה שבר בצלע מס' 9 והומלץ לו על מנוחה ממושכת וטיפול שמרני.
5. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות יד וכף יד ימין ביצע תרגילים לחיזוק ושיפור הטווחים ומשלא הועילו פנה לקבלת טיפול רפואי אשר המליץ על ביצוע טיפולי פיזיותרפיה.
- מצ"ב תעודות רפואיות.**
7. עובר לתאונה עבד מרשי בחברה בטחונית בתחום הכטב"מים והמל"טים. עבודתו הייתה כרוכה בנסיעות בינלי תכופות והדגמת מוצרים וכלי נשק בקונטלציות שונות באזורים שונים בעולם.
8. לאחר התאונה ותוצאותיה, בשים לב למגבלותיו הוחלט על סיום העסקתו והוא פוטר.

9. מאז התאונה, סובל מרשי מכאבים ומהגבלה בתנועות כף יד ימין והאגודל, מקושי באחיזה, מקושי בתפסיה ואחיזת חפצים, מקושי בביצוע פעולות ידניות, מכאבים וקושי בהפעלת כף יד ואצבעות ידו הימנית מכאבים עזים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

10. מאז התאונה מוגבל מרשי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לכך גם בעתיד.

11. נוכח מגבלותיו מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק מרשי להוצאות בגין הסעות מיוחדות ומוניות ויזדקק להוצאות אלה גם בעתיד.

12. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ובקשה למינוי מומחים אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי, על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובאלי בסך 185,000 ₪.

13. לחילופין, אודה לקבלת רשימת מומחים מוסכמים לצורך בדיקת מרשי וקביעת נכותו כתוצאה מהתאונה.

14. לעיונכם וקבלת עמדתכם העניינית אודה.

* לנוחותכם, מצורף בזאת ייפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית חתומים בידי מרשי שבנדון.

בכבוד רב ובתודה,



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

תעודת ביטוח חובה

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), התש"ל 1970 (להלן פקודת הביטוח).

ש"ם לב -
מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם
כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את
הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או
להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל
הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

רשימת המבטחים המשתתפים במאגר ואחוז השתתפותם בשנת חיתום אליה מתייחסת התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה:
<https://www.pool.org.il> **אודות החברה**

כל מבטח מהמבטחים, אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו – ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות.

הפול, שכתובתו רח"א 1, ראשון לציון, מיקוד 7570603, טלפון: 03-9424300, email: mails@pool.org.il הינו מורשה לקבלת כתבי בית דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי ליצגם בכל
הליך משפטי ולשם כך למנות עורכי דין בשמם, מבלי שהדבר יטיל עליו או על מבטח כלשהו (לרבות מהמבטחים בפול) אחריות מעבר לחלקו היחסי כאמור.

מס' פוליסה	מס' רישוי	שם הסוכן	מס' הסוכן	חוטמת הבנק
203-322300342223-00	3788932	הפול סניף חיפה	32	המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") סכום: 3,474.00 ש"ח שולם באמצעות בנק אגוד חן: 063 - 20403/58 13:28 23/01/2023
שם בעל הפוליסה	מס' זהות / ח"פ	מס' סוכן משני	מס' פוליסה	מס' פוליסה
דויטש מנחם עמנואל	66643404			
כתובת בעל הפוליסה	נקר יוסף 42 פתח תקווה	מס' פוליסה	מס' פוליסה	מס' פוליסה

מס' שילדה	סוג רכב לצורך ביטוחו	שם היצרן והדגם	נפח מנוע/הספק	משקל הרכב	מועד עליה לכביש	שנת ייצור	מס' נוסעים
782000023502	אופנוע	ימאהה טרייסי	125		2015		כחוק

סוג הרכב בהתאם לרישיון הרכב: אופנוע - נהג נקוב בשם
מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 23/01/2023 מועד פקיעת הביטוח: 22/01/2024 בחצות.
<https://www.pool.org.il>

ת"ז 66643404 דויטש מנחם עמנואל בלבד
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:
כמפורט בסעיף 7 (ב) בתחתית התעודה.

ראה הגבלות, חריגים, וסייגים נוספים מטה.
מטרת השימוש המותרת ברכב:
חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח
לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6(א) (1) שבתחתית התעודה.
מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות:
כמפורט בסעיפים שבתחתית התעודה שמספריהם נקובים בסעיפים:
6(א) (2), 6(א) (3), 6(א) (4), 6(ב), 6(ג).
הרחבת בהיקף הכיסוי:
מ"ע TCS: לא, מ"ע EBA: לא, מ"ע CBS: כן, מ"ע ASC: לא, מ"ע ABS: לא

ס"ה כ
דמי ביטוח: 3,474.00 ₪
יום ושעת הוצאה: 23/01/23 13:28
מספר ימי ביטוח: 365
אנו מאשרים בזה כי הפוליסה
שתעודה זו שייכת לה מוצאת
לפי הוראות פקודת הביטוח
המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

ספח לתעודת ביטוח חובה-שאלות חיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 38, האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהג/נהג: 38, שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של
הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2006, מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב
הוא: 00, מספר פטירות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת". פרטית

תעודה לביטוח רכב חובה
מטרות השימוש המותרות

- מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות בפיסקאות (2) עד (4) להלן;
- מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("סטט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 א לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרת אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
- מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
- מטרה עסקית של חילוץ או גרירה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.
- על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות או המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לעניין זה, "חוזה שכירות" - למעט חוזה לסיג - תפעול או חוזה מקח - אגב שכירות (לסיג מימון).
- על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי תחבורה בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12 (ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו - 2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי למטרות ספורט מוטורי של מירוצי כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורה" - כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.

פוליסה זו אינה מכסה שימוש ברכב למטרות שלא צוינו בפירוש בתעודת הביטוח.
פוליסה זו אינה מכסה שימוש ברכב על ידי מי שלא הורשה בפירוש בתעודת הביטוח.

מבוטח/ת יקר/ה,

מודים לך על רכישת הביטוח בחברתנו.

להלן מידע המפרט את הדרכים להגשת בקשה לביטול פוליסת ביטוח והמסמכים הנדרשים להשלמת פעולת הביטול - פוליסות שמועד תחילתן 16.09.2021 והלאה.

1. באמצעות פנייה ישירה לאחד מסניפי הפול.
2. באמצעות פנייה ישירה דרך סוכן ביטוח שדרכו הופקה הפוליסה
3. דואר אלקטרוני – יש לשלוח בקשה לביטול פוליסה באמצעות כתובת דואר אלקטרוני: POOL-BITUL@POOL.ORG.IL. יש לצרף טופס בקשה לביטול ומסמכים נוספים, ככל שיידרשו.
4. אזור אישי מקוון – יש לשלוח בקשה לביטול פוליסה באמצעות החשבון האישי המקוון, ניתן להיכנס דרך אתר הפול. יש לצרף לבקשה מסמכים נוספים, ככל שיידרשו.
5. פקס- יש לשלוח בקשה לביטול פוליסה באמצעות פקס מס' 03-9424390. יש לצרף לפקס טופס בקשה לביטול ומסמכים נוספים ככל שיידרשו.
6. שיחת טלפון – ניתן לפנות למוקד השירות בפול בטלפון מס' 03-9424300 – מחלקת ביטולים. במידה ותבחר בדרך ביטול זאת תצטרך להשלים את פעולת הביטול בשליחת המסמכים הנדרשים לביטול באמצעות דואר אלקטרוני/פקס.

למען הנוחות מצורפות הנחיות לביטול הפוליסה בעת הצורך:

➤ **ביטול הפוליסה כאשר הרכב בבעלותך או בחזקתך** – יש להעביר טופס הצהרה. הביטול ייכנס לתוקף מיום מסירת ההצהרה. הצהרה לחתימה קיימת באתר הפול- POOL.ORG.IL

➤ **מכירה - ביטול הפוליסה כאשר הרכב אינו בבעלותך ואינו בחזקתך** – על בעל הפוליסה להעביר אישור לפיו הבעלות ברכב הועברה לאחר (העברת בעלות) ואחד מ 3 אלה:

- העתק תיעוד על מסירת הודעה למחזיק ברכב על ביטול הפוליסה (דואר, שיחה או אמצעי דיגיטלי) – הביטול ייכנס לתוקף בתוך 3 ימי עבודה מיום מסירת ההודעה.
- העתק תיעוד על מסירת הודעה למחזיק ברכב על ביטול הפוליסה והעתק תגובת המחזיק ברכב המאשר כי יש לו פוליסה אחרת – הביטול ייכנס לתוקף במועד הודעת הביטול
- אישור כי השימוש ברכב בוטח בפוליסת ביטוח חובה אחרת – הביטול ייכנס לתוקף במועד הודעת הביטול או הנפקת הפוליסה האחרת, המאוחר מביניהם

➤ **גניבה הרכב או טוטלוס (יציאה מכלל שימוש)** – יש לצרף את המסמכים הבאים:

- רכב גנוב – יש לצרף אישור משטרה שהרכב גנוב
- טוטלוס - יש לצרף טופס שמאי שהרכב באובדן כללי

אופן חישוב ההחזר – ביטול הביטוח

במקרה בו מבקש בעל הפוליסה לבטל את הפוליסה עקב גניבת הרכב המבוטח, העברת הבעלות לרכב אחר, יציאתו מכלל שימוש של הרכב או עקב פטירת הנהג ששמו נקוב כנהג יחיד בתעודת הביטוח, המבטח יחזיר לבעל הפוליסה את החלק היחסי מדמי הביטוח ששולמו.

כל סיבה אחרת –

בעד תקופה של עד שבעה ימים שבהם הייתה הפוליסה בתוקף, לרבות אם לא נכנסה לתוקף – 5% מדמי הביטוח השנתיים.

בעד תקופה עולה על שבעה ימים שבהם הייתה הפוליסה בתוקף – 5% מדמי הביטוח השנתיים בצירוף 0.3% מדמי הביטוח השנתיים בעל כל יום ביטוח, החל ביום השמיני.

דיווח ראשוני על תאונת דרכים

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטי
באמצעות פקס או דואר המופיע בראש הטופס.

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז.	מס' טלפון	נייד
עמר עמר	3722932			066643404	
סוג רכב: ☒ אופנוע ☐ רכב ☐ אחר					

פרטי הנהג (בזמן האירוע) * חובה לצרף צילום ת.ז. צילום רישיון נהיגה משני צדדיו של הנהג בזמן האירוע ותעודת חובה

שם ושם משפחה של הנהג	כתובת	מה הקשר לבעל הרכב	מס' טלפון	נייד
מנחם עמנואל דויטש	יוסף נקר 7/7 פתח תקווה	בעלים	0546658993	
תאריך לידה של הנהג	מס' זהות	מס' רישיון	תאריך הוצאת רישיון	מקום עבודה וכתובתה
28.10.1984	066643404			

☒ הרכב בבעלותי ☐ הרכב בבעלות מעבידי ☐ השכרה ☐ בבעלות אחר

פרטי הנפגעים:

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במוסד רפואי
סוג נפגע: ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל					

פרטי התאונה:

תאריך	שעה	מקום האירוע	האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי?	האם הוכרה ע"י ביטוח לאומי כתאונת עבודה
9.2.23			כן ☒ לא ☐	כן ☒ לא ☐
***תיאור התאונה, לרבות האם היה מגע פיזי בין הרכבים:				
מצרף זה הוגשה תביעה לביטוח לאומי				
תיאור הנזק לרכב או לאופנוע: נזק מלא				
האם דיווח למשטרה: כן ☒ לא ☐				

☐ התאונה בעבודה ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך מהעבודה ☒ במסגרת פרטית

פרטי צד ג' (הרכב המעורב)

שם מלא של הנהג המעורב	מס' רישוי	כתובת	חברת ביטוח	פוליסה מס'	טלפון

אני הח"מ מנחם עמנואל דויטש מצהיר בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.

תאריך: 2/11/23 חתימת המבוטח: חתימת הנהג:

ת.ז: 1066643404	שם המבוטח:	דויטש מנחם	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה: 28/10/1984
כתובת:	נקר יוסף 7/7 פתח תקוה	מיקוד: 49773	טלפון: 054-6658993	מס. טופס: 3163000155	תלפון: 054-6658993	מס. טופס: 3163000155	

מס. טופס	הפנייה לצלום
3163000155	

בתוקף מ : 13/02/2023
עד : 15/03/2023

הבדיקה הדרושה: **צילום צלעות - RXI0042**

תלונות החולה:

- בן 38. לא מוכר לי מקודם. רטיפול קבוע בCIPRALEX לפני 4 ימים נפל עם האופנוע, קיבל מכה בצד ימין כעת כאבים בבית החזה צד ימין, כף יד ימין וגב התחתון לקח בבית OPTALGIN עם הטבה

בדיקה גופנית:

- בית החזה: כאבים בנמושו בצד ימין של בית החזה
- גב: כאבים מעל חוליות בגובה thorax
- SLR שלילי
- כוח גס ותחושה שמורה ברגליים
- יש ימין: כאבים ונפיחות מעל scaphoid bone

אבחנות:

- BACKACHE
- PAIN HAND right

שאלות לבדיקה:

שבר?

יש להגיע לבדיקה עם הפניה זו
יש להכין אמצעי תשלום עבור אגרת מכון
נא להביא בדיקות להשוואה אם בוצעו מחוץ לקופה

רופא/מטפל:	ד"ר בן דרור ליב	תשיון: 128500	תחום עיסוק:	מתמחה ברפואת המשפחה
כתובת:	רוטשילד 171 פתח תקוה	טלפון: 03-9051660	תחום רישום הרופא:	



ת.ז:	1066643404	שם המבוטח:	דויטש מנחם	מין:	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	28/10/1984
כתובת:	נקר יוסף 7/7 פתח תקוה	מיקוד:	49773	טלפון:	054-6658993				

מס. טופס	אישור מחלה
3163000213	

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 09/02/2023 עד יום 23/02/2023 סה"כ 15 ימים

החל מ 11.2015 עפ' חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

רופא/מטפל:	ד"ר בן דרור ליב	תשיו:	128500	תמונה ברפואת המשפחה	רוטשילד 171 פתח תקווה
תחום עיסוק:	כתובת:	טלפון:	03-9051660		



מס' ת"ז:	1-06664340/4	שם:	דויטש מנחם	מין:	זכר	גיל:	38.3
כתובת:	פתח תקווה 49773 רח' נקר יוסף מס' 7/7	טלפון:	054-6658993				
תאריך בדיקה:	13/02/2023	סוג בדיקה:	צלום כף יד				

מכון רנטגן - פתח תקווה

פענוח בדיקת הדמיה

רופא מפנה: בן דרור ליב

סוג בדיקה: צלום כף יד

הבדיקה : צילום כף יד ימין AP+LAT

מבנה גרמי שמור
עצמות ופרקי הקרפוס תקינים.
עצמות מטרפוליות ופלנגיאליות תקינים.
פרקים אינטרפלנגיאליים תקינים.

סוג בדיקה: צלום עמוד שדרה גבי עד שני מבטים

צילום ע"ש גבי PA+LAT

גובה חוליות שמור.
מעמד תקין.

סוג בדיקה: צלום צלעות

הבדיקה : צילום צלעות מימין

מס' ת"ז:	1-06664340/4	שם:	דויטש מנחם	מין:	זכר	גיל:	38.3
כתובת:	פתח תקווה 49773 רח' נקר יוסף מס' 7/7	טלפון:	054-6658993				
תאריך בדיקה:	13/02/2023	סוג בדיקה:	צלום כף יד				

הודגם קו שבר בצלע 9.

סוג בדיקה: צלום שורש כף יד

הבדיקה : צילום שורש כף יד ימין AP+LAT

עצמות ופרקי הקרפוס תקינים.

עצמות מטרפוליות תקינים.

תאריך אישור: 13/02/2023

רופא מאשר: לקר אולגה

מס' רשיון: 34021

ת.ז. 1066643404 שם המבוטח: דויטש מנחם מין: זכר ביטוח: שיא ת.ל.י.ד. 28/10/1984
כתובת: נקר יוסף 7/7 פתח תקוה מיקוד: 49773 טלפון: 054-6658993



מס. טופס

3163000296

הפנייה לפיזיותרפיה

הבדיקה הדחשה: פיזיותרפיה - PRG0017

תלונות החולה:

- העתק מ-13.02.2023: בן 38. לא מוכר לי מקודם. רטיפול קבוע ב-CIPRALEX

לפני 4 ימים נפל עם האופנוע, קיבל מכה בצד ימין
כעת כאבים בבית החזה צד ימין, כף יד ימין וגב התחתון
לקח בבית OPTALGIN עם הטבה

ביום 21.04.2024:

חוזר אחרי יותר משנה עם תלונות של כאבים באגודל ימין לסירוגין
מילן על הגבלת בתנועה

אבחנות:

- PAIN HAND right , at the level of THUMB

שאלות לבדיקה:

כאבים באדול כף יד ימין

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה



רשיון: 128500

טלפון: 03-9051660

רופא/מטפל: ד"ר בן דרור ליב

תחום עיסוק: מתמחה ברפואת המשפחה

כתובת: רוטשילד 171 פתח תקוה





20.03.2023

במסירה אישית

לכבוד
מר מני דויטש
ת.ז. 66643404

מני שלום,

הנדון: סיום עבודתך בחברת סקילוק מערכות בע"מ ("החברה")

1. בהמשך למכתב זימון לשימוע שנמסר לך ביום 16.03.2023 ושיחת השימוע שנערכה עמך בתאריך 19.03.2023 במסגרתה נדונה שאלת סיום יחסי עובד-מעסיק בינך ובין החברה, אנו מצטערים להודיעך כי לאחר בחינת השיקולים הרלוונטיים והסיבות שצוינו במכתב הזימון לשימוע, הוחלט על סיום העסקתך בחברה.
2. החברה מוותרת על התייצבותך בתקופת ההודעה המוקדמת, ועל כן סיום העסקתך ייכנס לתוקף במועד מכתב זה, קרי 20.03.2023. החברה תשלם לך חלף הודעה מוקדמת עד ליום 20.04.2023.
3. במועד תשלום שכרך האחרון ישולמו לך כל הסכומים המגיעים לך אגב סיום עבודתך (גמר חשבון), לרבות חלף ההודעה המוקדמת כאמור.
4. החברה תנכה במקור מכל הסכומים וההטבות שישולמו לך את כל ניכויי החובה על פי דין. בנוסף, החברה תקזז מכל הסכומים, שישולמו לך על ידה, כל חוב שהנך חייב לחברה (ככל שהנך חייב בחוב כאמור).
5. לא יאוחר ממועד סיום העסקתך, הנך מתבקש להשיב לחברה כל חפץ, ציוד, מידע, מסמך, ובכלל זה וכן כל חומר אחר השייך לחברה או הקשור אליה או אשר הגיע לרשותך במסגרת עבודתך בחברה.
6. בנוסף, הרינו להזכירך כי חובותיך כלפי החברה בעניין שמירה על סודיות, אי תחרות, אי שידול וכן שמירה על קניינה הרוחני של החברה, על פי כל דין והסכם, יוסיפו לחול עליך אף לאחר מועד סיום העסקתך.

*אם דרושות לך הבהרות נוספות לגבי האמור לעיל, אנא פנה למנהלת משאבי אנוש.
אנו מודים לך על תרומתך לחברה מאחלים לך הצלחה בהמשך דרכך.

בכבוד רב,

ניר בלאו,

סמנכ"ל מכירות

סקילוק מערכות בע"מ
ח.פ. 515879799
הטחנה 1, כפר-סבא
טל. 03-6914664



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

דויטש	מנחם עמנואל	066643404	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
יוסף נקר	פתח תקוה		
רחוב	מס' 7/7	מיקוד	טלפון

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

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

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

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 2.4.24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימת _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מנחם עמנואל דויטש, מס' 066643404, מרחוב יוסף נקר 7/7 פתח תקוה, ת.ז. מס' _____, ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 9.2.23 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

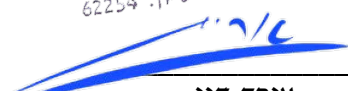
ולראיה באתי על החתום

היום _____ 2 _____ לחודש _____ 4 _____ שנה _____ 24



חתימה: _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אוריאל פריינד
מס' רשיון: 62254

עורך-דין