



בית משפט השלום בכפר סבא

25 אוגוסט 2024

ת"א 58074-08-24 דויטש נ' התאגיד
המנהל של המאגר לביטוח רכב חובה
("הפול" בע")

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (نُصادق بهذا بأنه في يوم) 23/08/2024 בשעה (بالساعة) 07:00 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 58074-08-24 דויטש נ' התאגיד המנהל של המאגר לביטוח רכב חובה ("הפול" בע").

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו בתוך פרק הזמן הקבוע בהודעת המזכיר המשפטי, התביעה תסגר בסיבה: "אי קבלה לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו 077-3852 2703333 www.court.gov.il.
ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-2703333 3852*.
www.court.gov.il

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך: 11.8.24

התובע:

מנחם דויטש 66643404
מרחוב יוסף נקר 7, פתח תקווה 49773

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: office@freiberg-law.com

– נ ג ד –

הנתבעת:

"הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב

מרחוב אצ"ל 1, ראשון לציון
טל': 03-9424300; פקס: 03-9424346
דוא"ל: osnat@pool.org.il

כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פלג"ד

הסעדים המבוקשים: פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה: 791 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגישו כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובעת הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 28/10/1984, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש באופנוע הנושא מספר רישוי 32-889-37 (להלן: "רכב").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב תעודת חובה, תמונות וטופס דיווח ראשוני על תאונה מסומנים, "כנספח 1".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, עובר לתאונה עבד בחברה ביטחונית בתחום הכטב"מים ואמצעי הגנה מכלי טיס בלתי מאויישים, התקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, כתוצאה מאופי הפגיעה ואופי העבודה לאחר התאונה ותוצאותיה, בשים לב למגבלותיו הוחלט על סיום העסקתו והוא פוטר.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

7. בתאריך 09/03/2023, בכביש עירוני בפתח תקווה, בשעות הערב, החליק התובע עם האופנוע, נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
8. לאחר התאונה הגיע התובע לביתו, כשהוא כאוב, וחבלות מעטרות את גפיו, חיטא וניקה את השפשופים ושהה במנוחה עם נטילת משככי כאבים בתקווה כי המדובר הוא בחבלות שיחלפו לאחר מנוחה ונטילת תכשירים לשיכוך כאב במסגרת ביתית.
9. נוכח החמרה בכאבים ובהגבלה בתנועות זרוע וכף יד ימין, כאבים והגבלה בתנועות הגב וכאבים בבית החזה עד כדי השפעה על התפקוד פנה התובע לקבלת טיפול רפואי שם אובחנו חבלות בבית החזה מימין, בעמוד השדרה הגבי, ובשורש כף יד ימין. מרשי הופנה לביצוע בדיקות הדמיה בשאלה של שבר, בהמלצה לנטילת משככי כאבים ומנוחה בת 15 ימים.

10. בדיקת הדמיה שביצע הדגימה שבר בצלע מס' 9 והומלץ לו על מנוחה ממושכת וטיפול שמרני.
11. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות זרוע וכף יד ימין ביצע תרגילים לחיזוק ושיפור הטווחים ומשלא הועילו פנה לקבלת טיפול רפואי אשר המליץ על טיפול שמרני, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה והמשך מעקב בטרם הצורך בהתערבות ניתוחית.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים ומהגבלה בתנועות כף יד ימין והאגודל, מקושי באחיזה, מקושי בתפיסה ואחיזת חפצים, מקושי בביצוע פעולות ידניות, מכאבים וקושי בהפעלת כף יד ואצבעות ידו הימנית, מכאבים עזים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
13. התובע, שכיר בחברה ביטחונית, פוטר ממקום עבודתו מחמת התאונה ותוצאותיה ונגרמו לו הפסדי שכר, ויגרמו לו הפסדי שכר גם בעתיד.
- רצ"ב מכתב פיטורין, מסומנות "כנספח 3".
14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
15. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לכך שבמועד התאונה התנייד באמצעות כלי רכב דו גלגלי, נזקק התובע להוצאות ניידות ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

16. להלן פירוט נזקי התובע:
- א. נזק מיוחד:
- | | |
|-----------|--|
| 110,850 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – |
| 18,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר – |
| 5,250 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – |
| 9,500 ₪ | (4) הסעות מיוחדות והוצאות ניידות בעבר - |
- ב. נזק כללי:
- כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:
- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות בגין נסיעות מיוחדות ומוניות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

17. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

18. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.



אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תעודת חובה וטופס הודעה על תאונה (עמודים 7 עד 9)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 11 עד 15)	11
נספח 3: מכתב סיום העסקה (עמודים 17 עד 17)	17
נספח 4: בקשה למינוי מומחים רפואיים (עמודים 19 עד 19)	19
נספח 5: וסר יפוי כח ותצהיר (עמודים 21 עד 24)	21

נספח 1 :

תעודת חובה וטופס הודעה על תאונה

(עמודים 7 עד 9)

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.

תעודת ביטוח חובה

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

רשימת המבטחים המשתתפים במאגר ואחוז השתתפותם בשנת חיתום אליה מתייחסת התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה:

[אודות החברה](https://www.pool.org.il/אודות-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, mailsl@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	203-322300342223-00	מס' רישוי	3788932	שם הסוכן	הפול סניף חיפה	מס' הסוכן	32
שם בעל הפוליסה	המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")						
דו"טש מנחם עמנואל	סכום: 3,474.00 ש"ח						
כתובת בעל הפוליסה	שולם באמצעות בנק אגוד						
נקר יוסף 42 פתח תקווה	חן: 063 - 20403/58						
	13:28 23/01/2023						

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

סוג הרכב בהתאם לרישיון הרכב אופנוע - נהג נקוב בשם אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ו/או לשינויים בכתב יד

מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 23/01/2023 מועד פקיעת הביטוח: 22/01/2024 בחצות. פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורטים באתר <https://www.pool.org.il>

ת"ז 66643404 דו"טש מנחם עמנואל בלבד

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:

כמפורט בסעיף 7 (ב) בתחתית התעודה.

ראה הגבלות, חריגים, וסייגים נוספים מטה.

מטרות השימוש המותרות 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).

הרחבות הביקף הכיסוי:

מ"ע TCS: לא, מ"ע EBA: לא, מ"ע CBS: כן, מ"ע ASC: לא, מ"ע ABS: לא

נשא בדי המבטח לאחר השלום בבנק

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

ס"ה כ יום ושעת הוצאה: 23/01/23 13:28 מספר ימי ביטוח: 365 דמי ביטוח: 3,474.00 ₪

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

- לאחת או יותר ממטרות אלה:
- 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 שמטרות 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 - תפעולי 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 כאמור 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 מירוצן כלי רכב הנעשה 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" - כמשמעותו בסעיף 6 לחוק האמור.

השבת

- המבטח ימסור לבעל הפוליסה תעודת ביטוח חדשה כאמור בסעיף קטן (ה); צוינה ההשבת בתעודת הביטוח כאמור בסעיף קטן (ה), לא יעשה שימוש של נסיעה ברכב או החנייתו, כאמור בהגדרת "שימוש ברכב מנועי" שבסעיף 1, ותוגבל חבות המבטח לפי סעיפים 3 ו-6 כך שלא תחול על שימושים אלה.

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 פרטיו 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
גלית גרין	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
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:				
מסרתי הודעה מידית למשטרה ופניתי למשטרה ופניתי למשטרה				
תיאור הנזק לרכב או לאופנוע: שטח פגיעה				

☐ 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: _____

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 11 עד 15)

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	הפנייה לצלום
------------------------	--------------

 בתוקף מ : 13/02/2023
 עד : 15/03/2023

 הבדיקה הדרושה: **צילום צלעות - RXI0042**

תלונות החולה:

- 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

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		



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  3163000213	אישור מחלה
---	-------------------

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	תשין: 128500	
תחום עיסוק: מתמחה ברפואת המשפחה	טלפון: 03-9051660	
כתובת: רוטשילד 171 פתח תקווה		

החשבה חתומה הרושם



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 מטקרפליות תקינים.

תאריך אישור: 13/02/2023

רופא מאשר: לקר אולגה

מס' רשיון: 34021

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



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



נספח 3 :

מכתב סיום העסקה

(עמודים 17 עד 17)



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



נספח 4 :

בקשה למינוי מומחים רפואיים

(עמודים 19 עד 19)

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 24/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

מנחם דויטש - נ ג ד - התאגיד המנהל לביטוחי רכב חובה- הפול

התובע, מנחם דויטש, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת קופת החולים מאוחדת.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 5 :

וסר יפוי כח ותצהיר

(עמודים 21 עד 24)

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואיתחלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

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

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 האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מנחם עמנואל דויטש, מס' 066643404, מרחוב יוסף נקר 7/7 פתח תקוה, ת.ז. מס' _____, להיות באי כוחי במשפט של מנחם בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ בענין תאונת דרכים מיום 9.2.23 נגד 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.

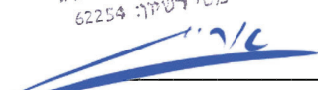
ולראיה באתי על החתום

היום _____ 2 לחודש _____ 4 שנה _____ 24



חתימה: _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשיון: 62254

עורך-דין

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ מנחם עמנואל דויטש בעל ת.ז. _____ 066643404 התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

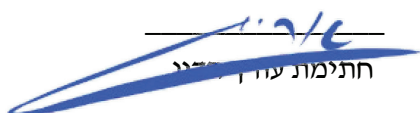
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____



חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ אריאל פרייברג, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 2/4/2024 הופיע/ה בפני _____ מנחם עמנואל דויטש (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 066643404 ולאחר שהוזהרתי/ויה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/ תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.



חתימת עו"ד _____