



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



27 אוגוסט 2024
Office@freiberg-law.com

מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

ענף נפגעי עבודה – סניף רמלה

באמצעות פקס: 08-9777317

א.ג.נ.,

הנדון: נופר נרדע, ת.ז. 313265225

תאונה מיום 4.9.23

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה ולהכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות ואישור משטרה.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אודה.
רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
אריאל פרייברג, עו"ד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
872	701	313265225	100
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
711	4	7232902	054-4727802

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 וויתור 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: 25.12.07 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אריאל
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, טסר נרקע

ת.ז.ח.פ. מס' 33265225, מרחוב היזר"ס 4, רמלה

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של _____ נגד _____
בענין מיום _____ מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 25 לחודש 8 שנה 2024

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 62254
עורך-דין

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	31326525
סוג המסמך	01
דפים	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה	☐ מחלת מקצוע, פרט
☒ שכיר	☐ הכשרה מקצועית
☐ עצמאי	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי
☐ מתנדב	

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
רזי	אפר	31326525
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	054481012	hpf@grai.com

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה				
מסלול יעל	מפעל מזקא 100				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
31 שאלה	18			יפא	
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס			

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			

א'2

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐

משא"ז ☐ משטרה ☒ אחר ☐

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☒ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
2023/09/04	נ"ו	15:45	04/09/23	

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☒ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין ☐

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר לקראת בית ישיבה

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט ר"ט (פנימי, מאחורי)

קרא לשיטתך איך נסא יתנה

האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☒ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☒ מכר ☐
רזאל חולון		0523310943	אחר ☐
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐
			אחר ☐

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
2023/09/04	חייא טקוויה	מנהל מוקד מלא	052672961

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
שם החולה וזמנו	(אקויד ותלואי קאנוזה)	מיטל לראשונה/מחלקה
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה <u>2023</u> חודש <u>יוני</u> יום <u>14</u>	שעה <u>19:00</u>	שם <u>אסא הורש</u>

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

קציון לא סבל קודם, קלד נ.

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה
		<u>קופת "מנחם"</u>	

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
---------------	-------	-------

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה	☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח. ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____
------------	---

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☒ לא ☐ כן

תביעה נגד לרנא שם עורך הדין המטפל _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

7 פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

- במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:
- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה ☐		מתאריך שנה חודש יום		עד תאריך שנה חודש יום	
שהייתי בעסק / בעבודתי ☐	מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום	משעה עד שעה	מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום
	מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום	משעה עד שעה	מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום
☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה ☐ שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____ משעה _____ עד שעה: _____ עבודה במשמרות ☐					

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה x _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
[שם] [שם] [שם]			
שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
יהא	אסא (הרמ"ל)	137	47657

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך: 23/05/24 חתימת התובע: [חתימה]

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____



003629

27/3/10 ת"ד א"א
 ת"ד א"א
 ת"ד א"א
 ת"ד א"א
 ת"ד א"א
 ת"ד א"א

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה ☐ **מקום הפגיעה:** _____

שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן **בדרך כלל מועסק ב:** _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן **1. שם** _____ **ת.ז.** _____

2. שם _____ **ת.ז.** _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה		שעת החזרה הצפויה	

תאונה בבניין: שם האתר _____ **שם הקבלן הראשי** _____ **שם הקבלן המבצע** _____

פגיעה בדרך לעבודה: ☐ **באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה?** _____ **איזו משמרת?** _____ **הכתובת שבה היה אמור לעבוד?** _____

פגיעה בדרך הביתה: ☐ **באיזו שעה סיים את העבודה?** _____ **האם סיים בשעה הקבועה?** ☐ כן ☐ לא, **הסיבה ליציאה המוקדמת:** _____ **הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו:** _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק				מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי			
תאריך תחילת עבודה:				מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי		היקף המשרה ב-%	
מספר ימי העבודה בשבוע:				מספר ימי העבודה בשבוע:			

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות: _____
 ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש _____		☐	☐				
חודש _____		☐	☐				
חודש _____		☐	☐				
חודש _____		☐	☐				

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____
☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____
 שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____
 שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____
 דואר אלקטרוני: _____ @ _____
 חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחומתם _____

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

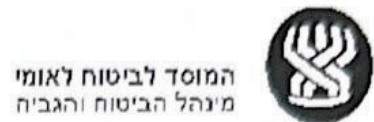
☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

מס' זהות									
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)									
16		דפים							
סוג המסמך									



פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה - 18.08.2024

פרטי המעסיק:

1

שם המעסיק	מס' תיק ניכויים
משטרת ישראל	94190130800

פרטי העובד:

2

שם משפחה	שם פרטי	מספר עובד	מספר זהות
נרדע	נופר	01904169	313265225

פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת - 2023

3

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי/ימים/שעות	פירוט הבסיס* (חודשי/ימים/שעות)
ינואר	2,379.60	9.28	73.77	83.05	100.00	חודשי	0.00
פברואר	2,235.13	8.72	69.29	78.01	100.00	חודשי	0.00
מרץ	2,805.85	10.94	86.98	97.92	100.00	חודשי	0.00
אפריל	2,255.85	8.80	69.93	78.73	100.00	חודשי	0.00
מאי	2,256.88	8.80	69.96	78.76	100.00	חודשי	0.00
יוני	3,244.75	12.65	100.59	113.24	100.00	חודשי	0.00
יולי	8,358.65	111.75	282.61	394.36	100.00	חודשי	13.00
אוגוסט	13,363.93	451.61	532.88	984.49	100.00	חודשי	25.00
ספטמבר	14,045.89	497.91	566.97	1,064.88	100.00	חודשי	25.00
אוקטובר	13,873.19	486.19	558.34	1,044.53	100.00	חודשי	25.00
נובמבר	13,737.90	477.00	551.58	1,028.58	100.00	חודשי	25.00
דצמבר	13,087.36	432.83	519.05	951.88	100.00	חודשי	25.00

* המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחסים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.

* המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

* מספר ימים/שעות - נתון המסכם את סה"כ ימים/שעות העבודה בחודש כולל ימי/שעות חופשה.

משטרת ישראל / חשבות / מנהל ש"ר

חתימה וחותמת מעסיק

מלם שכר בע"מ
שם בית התוכנה/לשכת השירות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון <u>31390527</u>	תאריך הפגיעה שנה <u>2023</u> חודש <u>09</u> יום <u>14</u>
שם משפחה <u>רז</u>	שם פרטי <u>ארי</u>	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 23/05/24 חתימת המבוטח * ארי רז

תאריך הרישום ביומן:

מספר הרישום ביומן:

שם היחידה:

הודעה על תאונת דרכים - עם נפגעים / נזק בלבד

הודעת: ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☒ נפגע ☐ רוכב: אופנוע/קטנוע/אופניים

1. פרטי המודיע

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	משלוח יד
313265225	ורדי	אורי	שמו	17/10/95	מס' טלפון
מס' רישיון נהיגה	סוג רישיון הנהיגה	בתיקוף עד	מקום עבודה	מס' פלאפון	מס' טלפון
9577639	B	17/10/29	מס' 42970301	תאריך הוצאת הרישיון	30/10/19
מס' הרכב	סוג	תוצר/דגם	שנת יצור	רישיון הרכב בתוקף מתאריך	עד התאריך
42970301	פוליסה	קיה	2019	ביטוח החובה בתוקף מתאריך	עד התאריך
חברת הביטוח	מס' פוליסה	תאריך תשלום			
מס' רכב	סוג	תוצר/דגם	שנת יצור	רישיון הרכב בתוקף מתאריך	עד התאריך
42970301	פוליסה	קיה	2019	ביטוח החובה בתוקף מתאריך	עד התאריך

למלא רק למשרתים בשירות צבאי/משטרה בלבד:

מספר אישי	דרגה	כתובת היחידה	תאריך שחרור (לחילים בלבד)
4041069	רס"ר	דק סלמה 8 א	

2. תיאור התאונה

בתאריך 12/10/23 בשעה 15:45 במקום רחוב סלמה ורחוב לכוון דרום.
תיאור המקרה: פיצוץ חצרה והתפרקות קנייה משרות, ופגיעה אדם נוסע רכב.
אדם רכב נכנס לתחום שלט, פקודי הצלחה, אדם נוסע רכב, לכוון דרום.
אדם רכב, הרכב שלט, אדם קנייה משרות, תחום שלט, אדם נוסע רכב.
מה שמונה פיצוץ רכב חצרה ורחוב. תחום שלט, אדם נוסע רכב, נכנס סוג.
מקרה של כ- 100 קטע וקטעיהם. תחום שלט, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב.
הקטעיהם התחלקו לחלקים קטנים, חלקם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב.
אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב.
אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב.
אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב.
אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב, אדם נוסע רכב.

3. נפגעי גוף (פצועים)

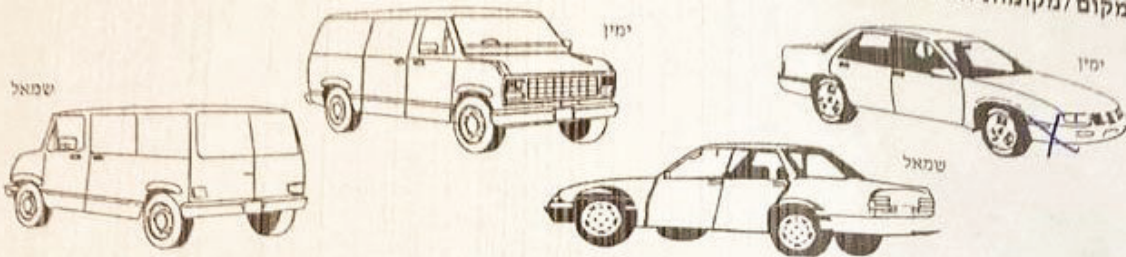
שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת	מינוי ע"י	שם בית החולים/קופ"ח
אורי ורדי	313265225	רחוב סלמה ורחוב לכוון דרום		מס' פוליסה

4. פרטי כלי רכב מעורבים

מס' ד'	מס' רכב	סוג	פרטי נהג	כתובת הנהג	טלפון	חברת ביטוח	מס' פוליסה
2	3194731	רכב	אורי ורדי	אדם נוסע רכב	מס' 42970301	מס' 42970301	מס' 42970301

* סמן x במקום המתאים.

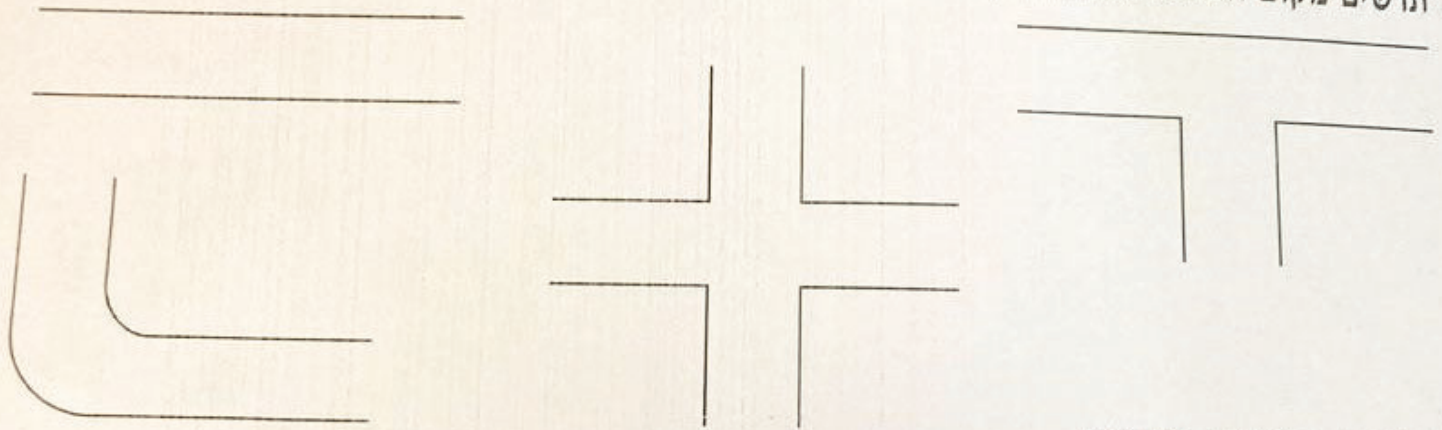
סמן את מקום הנזק



6. פרטי עדים לתאונה

שם פרטי ושם משפחה	כתובת מגורים	טלפון	פלאפון
האג חליל			10943 73 סמס

7. תרשים מקום התאונה (ציין תמרוקים)



8. מעורבות בתאונות קודמות

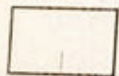
1. בשנת _____ בחודש _____ המקום _____
2. בשנת _____ בחודש _____ המקום _____

9. פרטי השוטר

מס' אישי 1904169 רס"ר _____ שם פרטי ושם משפחה (רצו) _____ יחידה _____ חתימת המודיע _____

10. החלטת המוסמך לגניזה ונימוקי ההחלטה (סמן X)

סיבת הסגירה
(סמן עליפי המופיע מימין)



חוסר עניין לציבור ☐

הראיות אינן מצביעות על תאונת דרכים ☐

נימוקי ההחלטה:

פרטי המוסמך לגניזה

מס' אישי _____ שם פרטי ושם משפחה _____ תפקיד _____ חתימה _____



המרכז
הרפואי
שמיר



מחלקה לרפואה דחופה
מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אח/ת אחראי/ת: נטלי כרדי
טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מגן על פרטי חקיקת החולה, תשנ"ו - 1996 וחקיקת הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: נרדע	ת. לידה: 17/10/1995 גיל: 27
שם פרטי: נופר	ת. זהות: 313265225 מין: נקבה
כתובת: הרב ריינס 4/2 רמלה 7232902	מצב משפחתי: נשוי/אה 1
טלפון: 054-4782802	שם האב: ששון שם האם: זהבה
זמן קבלה: 19:09 04/09/2023	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 19:20 04/09/2023	מספר מקרה: 12078321
זמן שחרור: 23:13 04/09/2023	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
BACK CONTUSION	922.31			✓			
LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT	E929.0						

אבחנות רקע

בריא בדרך כלל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

סיכום רפואי במלרד

בריא עד כה

אלרגיה - ללא

שבוע 8 להריונה, תקין

פנתה למיון אחר שהייתה מעורבת בתד, נוסעת לצד הנהג, מנגנון חאורי. מהירות בינונית. יצאה לבד מרכבה. לא נחבלה בראש או בחשה. לא נפתחו כריות אוויר. שולטת על סגורים. כאבים בגב תחתון. שוללת חבלת בטן או דימום וגינאלי.

נינוחה, גב ללא רגישות גרמית או סימני חבלה.
הליכה תקינה, על אצבעות עוקבים. ללא ליסט או דרופ.
כוח שמור בגפיים תחתונות, החזרי פיקה ואכילס סימטרים.
ללא סימני UMN.
ללא הגבלה ברכינה לפני או הירפאקסטנציה של עמ"ש.
רגישות PS מותנית קלה.

*****סודי רפואי*****
המשך מכתב: 313265225 נופר נרדע

הוסבר כי לאור גיל ההריון ישנה זכנה בשילומים אולם בהיעדר רגישות גרמית או נירולוגיה, ישנה סבירות נמוכה לפגיעה גרמית. אינה מעוניינת בצילום במיון.
 מועברת להמשך טיפול במיון נשים - חשד להמטומה, ראה יעוץ מפורט.
 משוחררת אורטופדית.

מדדים אחרונים

SAT	T	P	BP
100	36.7	88	112/77

המלצות בשחרור

המלצה: המלצות:

שיכון כאב לפי הצורך בהתאם לבטיחות תרופות בהריון
 -בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
 -קומפרסים חמים לאזורי הכאבים
 -המשך מעקב רופא מטפל
 -בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לבדיקה רפואית זמינה
 חופשת מחלה: 3 ימים.

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' דניאל הדס מ.ר. 146378	רופא/ה מורשה/ת שחרור	04/09/2023 20:16

יעוצים

פרטי המבקש : דר' דניאל הדס מ.ר. 146378
 תאריך : 20:57 04/09/2023
 מחלקה מיעצת : נשים
 הגדרת הבעיה : אחר תד, שבוע 8
 השאלה ליעוץ : משוחררת אורטופדית, הערכתך להמשך טיפול

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
-------------	-----------------	-------	----------	-------

בת 27, נ+1, ו.א 8.7, שבוע 8.2
 תשובה לא
 סופית
 דר' גל כוכב
 מעין
 מ.ר. 1146019

פנתה לאחר ת"ד לפני מס' שעות.
 ללא פתיחת כריות אוויר. ללא כאבי בטן או דימום.
 סוג דם +B

רקע רפואי:
 בריאה בד"כ, ניתוחים-אבצס פילונידלי, תרופות-0,
 רגישות-0, עישון-0, משפחה- ללא מחלות / תסמונות
 ידועות, ללא היסטוריה של סרטן שד, שחלות או רחם.

רקע מיילדותי:
 G2P1
 VE*1 'בשל חשד למצוקת עובר, משקל 2300 גרם.
 G2
 נוכחי ספונטני.
 סוגר אתמוול - נצפה עובר עם דופק תואם שבוע.

רקע גניקולוגי:
 מחזורים סדירים - 28/7

המשך מכתב: 313265225 נופר נרדע

יעוצים

תשובת היועץ	סטטוס המשך מעקב	תאריך	גרשם ע"י	חתימה
PAP / HPV TYPING – תקין לפני כחודשיים-שלושה. חיסון נגד HPV - לא ביצעה. בבדיקתה - נינוחה, במצב כללי טוב, מדדים תקינים בטן רכה, ללא רגישות, ללא סימני גירוי צפקי PS: פות נרתיק וצוואר סדירים, ללא דימום או הפרשה חריגה PV: רחם קדמי, נייד, ללא רגישות בהנעת הצוואר, ללא רגישות אגנית. סונר: עובר עם דופק, CRL תואם שבוע 8.2, בסמוך לשק ממצא היפואקוגני ייתכן המטומה בגודל 13*7 מ"מ, שחלה ימנית 14*23 מ"מ, שחלה שמאלית 27*39 מ"מ עם ממצא שמתאים ל-CL בגודל 19 מ"מ, ממצא ציסטי צלול 14*17 מ"מ, ללא נוזל באגן. הערכה אורתופדית תקינה. לסיכום, לאחר ת"ד. הריון ויאבילי תואם שבוע. ממצא חשוד להמטומה כמתואר. סוג דם +RH מומלץ על מנוחה ואנלגטיקה עפ"י הצורך המשך מעקב הריון ורופא מטפל כולל מעקב אחר ממצא חשוד להמטומה				

תאריך: 05/10/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



023685

דר' אברבון מארט

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-9274111

פקס: 073-2132675

כתובת: שפירא 31 לוד

פרטי הנבדק:		שם משפחה: נרדע		שם פרטי: נופר		ת.ז.: 313265225	
		ת.לידה:	17/10/1995	מין: נ	טלפון: 0544782802	טל.עבודה/נייד: 0544782802	
0313265225		כתובת:	הרב ריינס 4/2, רמלה		מיקוד 7232902		

תמצית הביקור מתאריך 05/10/2023 בשעה 10:41

תאריך הביקור: 05/10/2023

המלצות למטופל: נוגדי כאבים בהשגחת רופא נשים
מעקב מרפאתנו

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

002534343681



טלפון: 08-9274111

פקס: 073-2132675

כתובת: שפירא חיים משה 31, לוד

פרטי הנבדק:		שם משפחה: נרדע		שם פרטי: נופר		ת.ז.: 313265225	
		ת.לידה:	17/10/1995	מין: נ	טלפון: 0544782802	טל.עבודה/נייד: 0544782802	מיקוד: 7232902
0313265225		כתובת:	הרב ריינס 4/2, רמלה				

אישור רפואי

מיועד ל: למקום העבודה

ממצאים: בביקור בתאריך 17/08/2023 בשעה 12:00:34
מעקב הריון

בביקור בתאריך 12/09/2023 בשעה 19:12:19

בביקור בתאריך 24/09/2023 בשעה 11:01:30

בביקור בתאריך 16/10/2023 בשעה 12:33:02

• PREGNANCY NORMAL
15+w

אבחנות:

- POLYP GALLBLADDER (10/2018)
- RHINITIS ALLERGIC (11/2012)
- HELICOBACTER GASTRITIS (08/2011)
- TOBACCO USE DISORDER (11/03/2020)
- COVID-19 INFECTION -CORONAVIRUS (10/2020)
- LIVER ENZYMES ELEVATED (05/2023)

בעיות ידועות:

• FOLIFERIN MAC 30CAP 2X1X30

תרופות קבועות:

הערות: הרני לאשר שהנ"ל הייתה במנוחה מ 4.9.23- 23.10.23 בעקבות תאונת דרכים

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוסטרופוסיו של הנער/ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

16/10/2023

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

גיל: 28.3

שם רופא/ה: דר' אברבך מארט

תחום הטיפול: אורטופד

מספר ביקור: 6697761

תלונות: 130922 כאבי גב תחתון זמן רב. הריון 12 שבועות. 251022 כאבי גב תחתון מחמירים.
תחושת זרמים ברגליים. 051023 לדבריה עברה ת"ד ע"ב 040923 חבלה בגב תחתון
ועליון צואר. נבדקה במיון. שבוע 12 להריון. 120224 כאבי צואר גב תחתון.

גורם משלם: 6 תאונת עבודה תאריך תאונת עבודה: 04/09/2023

ממצאים: רגישות הגבלה בתנועות גב מותני. לסג+ ללא הגבלה בתנועות פרקי הירכיים ללא ירידה
בתחושה או כוח גס פריפרי. 051023 רגישות והגבלה בתנועות צואר גב עליון ותחתון. ללא
ירידה בתחושה או כוח גס פריפרי

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			LOW BACK PAIN
			CERVICALGIA

המלצות למטופל: נוגדי כאבים בהשגחת רופא נשים.
המשך מעקב מרפאתנו.

מוזמן למעקב:

☒ על פי צורך

