



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**באתר**  
**מבלי לפגוע בזכויות**

אוקטובר 2024 09  
Office@freiberg-law.com

**פרייברג רסקין**  
**משרד עורכי דין**

אריאל פרייברג, עו"ד  
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
ענף נפגעי עבודה  
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

**תאונה מיום 03/09/2024**  
**הנפגע: מסרי אלקרינאוי, ת"ז 326096526**  
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשי בנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה.

2. כן מצ"ב תעודות רפואיות ופרטי הרכב.

3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

\*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

  
**בכבוד רב וב"ח.**  
**אריאל פרייברג, עו"ד**  
**פרייברג רסקין עורכי דין**



לצפייה בסרטון הסבר על  
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,  
יש לסרוק את הברקוד

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



## תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

### חובה לצרף לטופס זה

- תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין**, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

### לידיעתך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050\* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 3 2 6 0 9 6 5 2 6

|                  |   |           |   |   |   |   |   |   |
|------------------|---|-----------|---|---|---|---|---|---|
| 3                | 2 | 6         | 0 | 9 | 6 | 5 | 2 | 6 |
| מס' זהות / דרכון |   |           |   |   |   |   |   |   |
| 0                | 1 | סוג המסמך |   |   |   |   |   |   |
| דפים             |   |           |   |   |   |   |   |   |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה  
והודעה על פגיעה בעבודה

|                                                  |                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> תאונה בעבודה | <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט          |
| <input checked="" type="checkbox"/> שכיר         | <input type="checkbox"/> עצמאי                    |
| <input type="checkbox"/> מתנדב                   | <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי |
| <input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית           |                                                   |

**1 פרטי התובע**

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                                                         | שם פרטי         | מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) |
| אלקטרוני                                                                                                                                                                                                                                         | מסרי            | 3 2 6 0 9 6 5 2 6                                     |
| טלפון קווי                                                                                                                                                                                                                                       | טלפון נייד      | דואר אלקטרוני                                         |
| 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                                      |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. |                 |                                                       |
| <b>מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים</b>                                                                                                                                                                                                  |                 |                                                       |
| 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 |
| אדם תגבור כח אדם בע"מ                                                                                                    |                          |
| רחוב / תא דואר                                                                                                           | מס' בית                  |
| אל סלאח                                                                                                                  | 9                        |
| טלפון קווי                                                                                                               | טלפון נייד               |
|                                                                                                                          | מספר פקס                 |
| האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |                          |
| האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____                |                          |
| <b>עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה/ לבצע)</b>                         |                          |
| שם העסק                                                                                                                  | סוג העיסוק               |
| רחוב / תא דואר                                                                                                           | מס' בית                  |
|                                                                                                                          | כניסה                    |
|                                                                                                                          | דירה                     |
|                                                                                                                          | ישוב                     |
|                                                                                                                          | מיקוד                    |
| טלפון קווי                                                                                                               | טלפון נייד               |
|                                                                                                                          | טלפון פקס                |

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ 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

0 3 0 9 2 0 2 4  
יום חודש שנה

היום בשבוע

שלישי

שעת הפסקת עבודה

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפגיעה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

בית קמה

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר \_\_\_\_\_

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט \_\_\_\_\_

בדרך לעבודה באינטל קרית גת, באזור צומת בית קמה היה הרכב בו נסע הנפגע מעורב בתאונה \_\_\_\_\_

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

כתובת

שם

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

כתובת

שם

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

\_\_\_\_\_  
יום חודש שנה

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

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

|                                                                                                                                  |                                       |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| האיבר שנפגע                                                                                                                      | מהות החבלה<br>(לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | מי טיפל לראשונה בפגיעה?<br>(שם הרופא/שירות רפואי) |
| ראש צוואר וגב                                                                                                                    | חבלות                                 | בי"ח ברזילי                                       |
| תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה                                                                                                   | תקופת אשפוז                           | שם בית החולים / מחלקה                             |
| שנה 03/09/2024                                                                                                                   | שעה 0800                              | מיון בי"ח ברזילי                                  |
| האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?<br><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ |                                       |                                                   |
| פרטי הרופאים המטפלים                                                                                                             |                                       |                                                   |
| שם הרופא                                                                                                                         | תחום המומחיות                         | כתובת המרפאה                                      |
|                                                                                                                                  |                                       | טלפון המרפאה                                      |
|                                                                                                                                  |                                       | שבה טופלתי או אני מטופל                           |

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 להזין 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 בל37: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

|                    |                   |            |
|--------------------|-------------------|------------|
| שם גורם מסייע      | כתובת             | טלפון      |
| עו"ד אריאל פרייברג | אבא הלל 7, רמת גן | 03-7412358 |

6

## פרטים על תאונה

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| סוג התאונה                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.<br><input type="checkbox"/> נפילה ממקום גבוה <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות או במדרכה פגומה <input type="checkbox"/> התחשמלות<br><input type="checkbox"/> תקיפה <input type="checkbox"/> פגיעה מבעל חיים <input type="checkbox"/> אחר _____<br><input type="checkbox"/> תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____ |
| האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן<br>תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____<br>כתובתו _____ מס' טלפון _____<br>מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף<br>התביעה הוגשה בבית המשפט <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

7 פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת \* נא לצרף אישורים מתאימים
- ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף \* נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

|                                                             |  |                                   |  |                                     |  |
|-------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <p><input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה</p> |  | <p>מתאריך</p> <p>שנה חודש יום</p> |  | <p>עד תאריך</p> <p>שנה חודש יום</p> |  |
| <p><input type="checkbox"/> שהייתי בעסק / בעבודתי</p>       |  | <p>מתאריך</p> <p>שנה חודש יום</p> |  | <p>עד תאריך</p> <p>שנה חודש יום</p> |  |
| <p><input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה</p>           |  | <p>משעה</p> <p>עד שעה</p>         |  | <p>משעה</p> <p>עד שעה</p>           |  |

☐ 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 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 ✕ \_\_\_\_\_

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

מסרי אלקרינאי

|             |                   |          |            |
|-------------|-------------------|----------|------------|
| שם הבנק     | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
| בנק מרכנתיל | סניף רהט          | 696      | 101219239  |

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.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 ממחושבת, 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, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 9/10/24 חתימת התובע \*

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי שם משפחה מספר זהות ס"ב קרבה לתובע

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה ת.ז.

**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 \_\_\_\_\_

**2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

שם המפעל / המעסיק \_\_\_\_\_ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי \_\_\_\_\_

אדם תגבור כח אדם בע"מ \_\_\_\_\_

תאריך תחילת עבודה: 01/06/2024 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-% \_\_\_\_\_ מספר ימי העבודה בשבוע: 5

☐ 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                    |                                          | לתיקופה                                          | שם התשלום |
| חודש 08/2024                  | 19                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5,648                                    |                                                  |           |
| חודש 07/2024                  | 19                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5,816                                    |                                                  |           |
| חודש 06/2024                  | 6                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2,032                                    |                                                  |           |
| חודש _____                    |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                                                  |           |

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐ העובד שב לעבודה בתאריך \_\_\_\_\_

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט \_\_\_\_\_

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☐ 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 \_\_\_\_\_

תחיתת המעסיק \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ שם ותפקיד החותם \_\_\_\_\_

אדם תגבור כח אדם בע"מ  
ח.פ. 516206042

אדם תגבור כח אדם בע"מ  
ח.פ. 516206042

### 3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרבן 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 07/10/2024 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** X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

|                                                                                                                                                                      |                 |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| תאריך הפגיעה                                                                                                                                                         | מספר זהות/דרכון | קוד גמלה |
| 03/09/2024<br>שנה חודש יום                                                                                                                                           | 326096526       | 60       |
| שם פרטי                                                                                                                                                              | שם משפחה        |          |
| מסרי                                                                                                                                                                 | אלקרינאוי       |          |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                      |                 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |                 |          |

הצהרה

2

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 09/10/2024 חתימת המבוטח x



# רישיון רכב



משרד התחבורה  
והנתיבות

בתוקף עד

סוג

מספר רכב

28/12/2024  
21522029-4

M1 פרטי נוסעים 5 דלתות

5484059

בעלים

אבו ג'אמע אכרם  
מאחא 39 רהט 85357

מען אל

תאריך בעלות

תאריך הדפסה

תאריך רישום

רישום מקורי

21/09/23

בעלים קודמים

08/01/24

29/12/04

08

KMHBT51HP5U297692

מספר שילדה

שנת ייצור 2005

מהם ליד הנהג

מקומות ישיבה למעט הנהג

תוצר מנוע

נפח

סוג דלק

דגם מנוע

G4EA

מספר מנוע

1341

בנזין

G4EA4630557

צבע

175/65R14

צמיג קדמי

צמיג אחורי

רוחק סרנים

לבו

175/65R14

משקל עצמי

1530

משקל מולל

וגרירה

משקל מורשה

רשיון נהיגה מתאים B

אין

ק'מ 144,357 23/10/2022-ב

דרגת זיהום אויר-רכב רגיל

בעלים נוספים:

מרכ'צ'ב

BT51H

דגם

יונדאי קוריאה

קבוצת רישוי

רמת גימור

כינוי מסחרי

2

GL

GETZ

קוד

הוראת רישום

חלון בנג

אוט' ABS

כריות אוויר

דרגת זיהום אוויר

בקרת יציבות

הספק (כ"ס)

00481-0071

03-0277

כו כו

2

82.00

תנאים והגבלות ומידע נוסף:

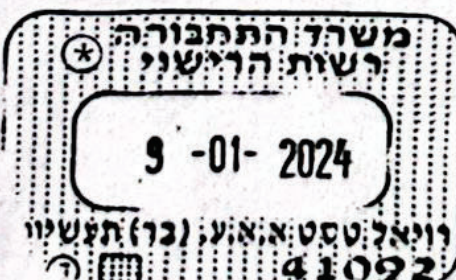
חייב אישור בלמים לטסט

0237869 232-044 01 01 13:18 08/01

780104 030438341 6003117 1111

1578961:01 01 1130

תקבול באמצע



רשומון יבוא 430828665

הסכום לתשלום (ש"ח)

1130.00

765-0021 מיק"ט דואר 71828 397-354681 (177341)

Scanned with CamScanner

לתשומת לב: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (טסט)

על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל (כל עוד לא בוטל רישיון הרכב)



שלמה ביטוח

מבוטח/ת יקר/ה

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

- בעלות הרכב: פרטי
- גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 31
- האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהגת
- שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: 2014
- מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
- מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0

אם הנתונים לעיל אינם מלאים נבקשכם לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם.

הדפסה מתאריך 18/01/24



שלמה ביטוח

שים לב,  
מסירת תשובה שאינה מלאה ו/או טרם כריכת חובה הביטוח  
עולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה  
או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה,  
כמפורט בסעיף 8 לפוליסה.

עושה למבוטח  
תעודת ביטוח חובה מס':

לפי פקודת ביטוח רכב מנציג (נוסח חדש) חש"כ / 1970

העתק

מס' הרישוי: 5484059  
מס' הפוליסה: 1105546607/24-00  
סוג הרכב: M-1  
סוג רכב לצורך ביטוחו: פרטי  
יצרן/דגם: יונדאי גטס GLF  
מס' שלדה: 51HP5U297692  
שנת ייצור: 2005 סמיק/משקל: 1341  
מס' נוסעים: כחוק  
תאריך הוצאה: 15/01/24 שעה: 1547  
קוד מוטב: 62-3180-7

שלמה ביטוח (מבוטח)  
תאריך: 15/01/24  
שעה: 1547  
שולם באמצעות: 237489  
מקדמי: 461  
כרטיס אשראי: 0751123

הסכום לתשלום: 1812.00 ש"ח

שם בעל(לי) הפוליסה: אבו ז'אנה סברין  
כתובת: אלווזה 39 רהט 85357 ת.ז. / ת.פ. 302664461  
מועד תחילת הביטוח (המקור בו הוחתמה התעודה זו בחתמת הבנק אך לא לפי): 15/01/24  
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/24

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7  
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו  
השימוש המותר ברכב: 1  
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו  
שם הסוכן: וובי סוכ' לביטוח בע"מ  
מס': 401390

\* פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

כל חתמת הבנק  
על תעודה זו  
אינן לה תוקף.  
הפרטים שבתעודה.

דורג גינת  
מקל החברה

אם מאוחר מדי כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה נמצאת לפי הוראות הפקודה  
ש שלמה חברה לביטוח בע"מ  
דוך שלמה שמלצר פנצ'ה מרשן נול 10 קרית ארית פתח תקוה 4951245 | 07399  
חיל שירות: 07399 | CustomerService@shlomo-bit.co.il



שלמה ביטוח

מס' הרישוי: 5484059  
מס' הפוליסה: 1105546607/24-00  
סוג הרכב: M-1  
סוג רכב לצורך ביטוחו: פרטי  
יצרן/דגם: יונדאי גטס GLF  
מס' שלדה: 51HP5U297692  
שנת ייצור: 2005 סמיק/משקל: 1341  
מס' נוסעים: כחוק  
תאריך הוצאה: 15/01/24 שעה: 1547  
קוד מוטב: 62-3180-7

שלמה ביטוח (מבוטח)  
תאריך: 15/01/24  
שעה: 1547  
שולם באמצעות: 237489  
מקדמי: 461  
כרטיס אשראי: 0751123

הסכום לתשלום: 1812.00 ש"ח

הודעת זיכוי  
תעודת ביטוח חובה מס':

שם בעל(לי) הפוליסה: אבו ז'אנה סברין  
כתובת: אלווזה 39 רהט 85357 ת.ז. / ת.פ. 302664461  
מועד תחילת הביטוח: 15/01/24  
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/24

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7  
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו  
השימוש המותר ברכב: 1  
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו  
שם הסוכן: וובי סוכ' לביטוח בע"מ  
מס': 401390

\* פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

ש שלמה חברה לביטוח בע"מ  
דוך שלמה שמלצר פנצ'ה מרשן נול 10 קרית ארית פתח תקוה 4951245 | 07399  
חיל שירות: 07399 | CustomerService@shlomo-bit.co.il

מחל: לשלם תעודה זו  
באמצעות סניפי הבנקים  
הראשי, במזומן או באמצעות  
כרטיס האשראי, ללא  
כאד וישראל.

מס' הפוליסה: 1105546607/24-00  
מס' הרכב: M-1  
מס' הרכב: 51HP5U297692  
מס' הרכב: 1341  
מס' הרכב: 2005

עומר7.pdf - לקריאה בלבד

[illegible]

13/08/2024 בתאריך

בוצע ע"י: איאד את איתי- רואי חשבון

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

5 מתוך 9



סודי רפואי

מעודכן ל: 03/09/2024, 08:58  
 אחו/ת אחראית: גליה רוזנברג

מחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת מחלקה לרפואה דחופה : קלסוב ליאונורה מ.ר. 28662

## סיכום ביקור במיון - 11518084

המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות. תשמ"א-1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא אידה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

|                                     |                    |              |                 |                    |         |
|-------------------------------------|--------------------|--------------|-----------------|--------------------|---------|
| אלקראנו מסרי                        | ת.ז.: 326096526    | מין: זכר     | שם האב: אינס    | ת.לידה: 28/08/2004 | גיל: 20 |
| מצב משפחתי: רווק/ה + 0              | קופ"ח: קופ"ח כללית | שם האב: אינס | טל: 052-5284962 | שם האם:            |         |
| כתובת: אלנ'אח 163 רהט /רהט, 8535700 |                    |              |                 |                    |         |

נתוני ביקור במיון

תאריך קליטה במיון: 03/09/2024, שעה: 08:12

תאריך שחרור בפועל

תאריך שחרור: 03/09/2024, שעה: 08:57

יעד השחרור: לביתו/ה

החלטה: שחרור

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: כאבי צוואר וגב לאחר תאונת דרכים מהבוקר

אבחנות במיון

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

תלונה עיקרית

בן 20 בריא בד"כ.  
 ללא אלרגיה ידועה.

לדבריו היה מעורב בתאונת דרכים ביום קבלתו, חגור, קינמטיקה נמוכה.  
 מתאר פגיעה אחורית ברכבו, לא נפתחו כריות אוויר.  
 יצא מהרכב בכוחות עצמו.  
 שולל חבלת ראש, איבוד הכרה ואיבוד שליטה על סוגרים.  
 כעת מלין על כאב בצוואר ובגב התחתון.

בבדיקתו:

בהכרה מלאה, נינוח, מניע 4 גפיים, GCS-15.

עומד על קצות האצבעות, על העקבים ועל כל רגל בנפרד.

צוואר - מניע 90 מעלות לכל כיוון, אוזן לכתף דו"צ, פלקציה ואקסטנציה שמורים. ללא סימני חבלה צוואריים.

רגישות פראוורטברלית צווארית קלה, רגישות במישוש הטרפזיוס דו"צ.  
גב - טווח תנועה מלא ותקין, מגיע עם הידיים עד מעבר לגובה הברכיים בכיפוף קדמי בעמידה על רגליו. ללא סימני חבלה.  
רגישות פראוורטברלית מותנית, ללא רגישות ממוקדת במישוש מעל החוליות.  
גפיים - כוח גס שמור 5/5 בכל התחנות.  
ללא רגישות גרמית.  
ללא תנועות פתולוגיות.  
ללא סימני חבלה.  
ללא רגישות או הגבלה בהנעת המפרקים.  
תחושה שמורה ב-4 גפיים.  
דפקים פריפרים נמושו.  
רפלקסים תקינים, ללא רפלקסים פתולוגיים.  
ללא חסר NV דיסטלי.

צילומי עמ"ש צווארי ומותני: ללא עדות לשבר או פריקה. יישור לורדוזיס צווארי.

## מדדים

| תאריך ושעה       | לחץ דם | דופק | סטורציה |
|------------------|--------|------|---------|
| 08:20 03/09/2024 | 115/68 | 61   | 98      |

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיכום ודיון

## המלצות כלליות

המלצה: -מעקב רופא מטפל  
-משככי כאבים לפי הצורך  
-פעילות גופנית מתונה  
-מעקב אורתופד בקופ"ח  
-חופש מחלה X 3 ימים  
-פיזיותרפיה במסגרת קופ"ח  
-בכל מקרה של החמרה לרבות (אך לא בלבד), חסרים נוירולוגים, אבדן שליטה על סוגרים או כל התדרדרות במצב הרפואי הבסיסי, יש לפנות לקבלת טיפול רפואי.

## חתימת רופא/ה בשחרור

| שם החותם                       | תפקיד | זמן חתימה        |
|--------------------------------|-------|------------------|
| ד"ר' אהרונסון תומר מ.ר. 155323 | רופא  | 03/09/2024 08:58 |

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

תאריך: 06/09/2024

## תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

|              |                 |                   |
|--------------|-----------------|-------------------|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | אלקראוני מסרי     |
| ת.לידה:      | 28/08/2004      | ישוב: רהט         |
| מס בית:      | 163             | טלפון: 50-8610030 |
| מס זהות:     | 00326096526     | רחוב: רהט         |
| גיל:         | 20.00           | מין: ז            |
| טלפון נוסף:  | 50-8610030      |                   |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה  
תאור התאונה: בזמן נסיעה לעבודה רכב נכנס בהם מאחורה  
היכן קיבל טיפול קודם: בית חולים בריזילי  
מועד הפניה לקופ"ח: 06/09/2024  
שם הרופא המטפל: ד"ר סעיד אזברגה  
הממצאים הקליניים: רגישות בע"ש צווארי מותני SLR שלילי ללא חוסר נירולוגי  
אבחנות

| קוד  | אבחנה                         | איפיון |
|------|-------------------------------|--------|
| E811 | MOTOR VEHICLE ACCIDENT        |        |
| 7231 | CERVICALGIA                   |        |
| L03  | LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION |        |
| 8470 | WHIPLASH INJURY               |        |

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 03/09/2024 עד יום 30/09/2024 (בכלל) סה"כ 28 ימים  
06/09/2024 06/09/2024

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה  
רהט ב'

ד"ר סעיד אזברגה  
נחתם דיגיטלית\*\*

חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חתימת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

העתק הודפס ע"י ד"ר סעיד אזברגה  
העתק 06/10/2024

המלצה: מעקב  
רופא מטפל  
משככי  
כאבים לפי הצורך  
פעילות  
גופנית מתונה  
מעקב  
אורתופד בקופ"ח  
ימים X 3 חופש  
מחלה  
פיזיותרפיה  
במסגרת קופ"ח  
בכל

מקרה של החמרה לרבות (אך לא בלבד), חסרים נוירולוגים, אבדן שליטה על  
סוגרים או כל התדרדרות במצב  
הרפואי הבסיסי, יש לפנות לקבלת טיפול רפואי.  
חתימת רופא/ה בשחרור  
זמן חתימה תפקיד שם החותם

עדיין כאבי צוואר וגב תחתון

סימנים חיוניים: גובה 175 04/09/2024 משקל 79 04/09/2024 bmi 25.80  
לחץ דם 121 / 74 04/09/2024  
דופק 82 05/04/2013

128.72 eGFR מתאריך 08/07/2024

ממצאים בבדיקה רגישות בע"ש צווארי מותני SLR שלילי ללא חוסר נירולוגי

אבחנה משוערת

| קוד  | איפיון | אבחנה                         |
|------|--------|-------------------------------|
| E811 |        | MOTOR VEHICLE ACCIDENT        |
| 7231 |        | CERVICALGIA                   |
| L03  |        | LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION |
| 8470 |        | WHIPLASH INJURY               |

תרופות קבועות

| ...  | פעמים   | א. הגשה | כמות | תרופות                       |
|------|---------|---------|------|------------------------------|
| ביום | 2 מריחה |         |      | UREA 10% - LACTIC ACID CD CF |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר סעיד אזברגה  
שם הרופא  
75661 מספר רשיון  
נחתם דיגיטלית\*\*  
חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.  
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח  
מפורסמת באתר הכללית



תאריך: 06/10/2024

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

|              |                |              |              |             |      |             |              |   |
|--------------|----------------|--------------|--------------|-------------|------|-------------|--------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרט: | אלקראוי מסרי | מס זהות:     | 00326096526 | גיל: | 20.01       | מין:         | ז |
| ת.לידה:      | 28/08/2004     | ישוב:        | רהט          | רחוב:       | רהט  | טלפון נוסף: | 50 - 8610030 |   |
| מס בית:      | 163            | טלפון:       | 50 - 8610030 |             |      |             |              |   |

תאריך תאונה: 03/09/2024

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

| קוד  | איפיון | אבחנה                         |
|------|--------|-------------------------------|
| 7231 |        | CERVICALGIA                   |
| L03  |        | LOW BACK COMPLT.W/O RADIATION |
| 8470 |        | WHIPLASH INJURY               |

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

|                 |                   |        |             |
|-----------------|-------------------|--------|-------------|
| מיום 06/10/2024 | עד יום 06/10/2024 | (בכלל) | סה"כ 1 ימים |
| 06/10/2024      | 06/10/2024        |        |             |

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

רהט ב'

ד"ר סעיד אזברגה\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|                       |                 |                         |        |
|-----------------------|-----------------|-------------------------|--------|
| אלקרינאוי<br>שם משפחה | מסרי<br>שם פרטי | 326096526<br>תעודת זהות | שם האב |
| רחוב                  | מס'             | עיר                     | 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: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 08/10/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: X \_\_\_\_\_

אריאל פרידמאן, עו"ד  
מ.ר. 62254

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מסרי אלקרינאוי  
ת.ז. מס' 326096526, מרחוב רהט, רהט, \_\_\_\_\_  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או \_\_\_\_\_ להיות באי כוחי במשפט של  
נגד \_\_\_\_\_ בענין תאונת דרכים מיום 03/09/2024  
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 8 \_\_\_\_\_ לחודש 10 \_\_\_\_\_ שנה 2024

חתימה: X\_\_\_\_\_

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל ברייברג, עו"ד  
מ.ר. 62254  
שורדיון