



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

נובמבר 27 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
תביעות תלמידים
איילון חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 19/12/23
מרשנו: הורי הקטין קוסאי אלקרינאוי, ת.ז. 225201136
מס' תביעה: 5004302408462

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 20.11.24 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. מצ"ב טופס הודעה על תאונה חתום.
2. כן, מצ"ב אישור ניהול חשבון פקדונות הח"מ בצירוף טופס וס"ר ואישור היעדרות.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור באישור התביעה וביצוע התשלום אודה.

בכבוד רב ובב"ח, /

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

אלקרינאוי	קוסא'	225201136	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
אלסאלח	41	8535700	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

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

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

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

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

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

חלק ב'

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

רופאים: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ עולה אלקרינאוי _____ ת.ז. _____ 204289078 שם האב _____ חסין אלקרינאוי _____ ת.ז. _____ 308103902

תאריך: _____ 12/6/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רשיון: 62254



مدرسة الميناء الجماهيرية - بنة - 120 كبلومت من كابلوت - 08-9917912
 08-9917912 - ص.ب. 11 - 11535 سكو - 08-9918480 فاكس: 08-9917912
 1968 P.O. Box 1968 - alsaifia@alshat180@gmail.com - alshat180@yahoo.com - www.alsaifia-rahat.com

08/01/2024

לכל המעוניין,
א.ג.נ.

שלום רב,

הנדון: אלקרינאוי קוסאי ת.ז. 225201136

- התלמיד הנ"ל תלמיד מן המניין בבית ספר אלסלאם סמל 618249.
- ביום 19/12/2023 בסביבות השעה 11:05, נכנס התלמיד בלווי המלווה הצמודה אליו למרחב הלימודי, מעד ונחבל בראשו.
- התלמיד קיבל טיפולי ראשוני, והועבר להמשך טיפול במרפאת רהט ב' הצמודה לבית הספר, ומשם הופנה להשלמת טיפול בבית החולים סורוקה.

בית ספר אלסלם
85357
08-9918480
ת.ד. 11777

בכבוד רב
אברהים קרינאוי
מנהל בית הספר

הערה: אישור זה ניתן עפ"י בקשת ההורים.



02/06/2024

לכל המעוניין

א.ג.נ.

הנדון: אלקרינאוי קוסאי ת.ז. : 225201136

אנו מאשרים בזה שהתלמיד לומד מן המניין בשנה"ל תשפ"ד בבית ספר אלסלאם רהט, סמל מוסד 618249.

הערה:-

* התלמיד נעדר מתאריך 18/12/2023-31/05/2024.

בית ספר אלסלאם
ת.ד. 11 רהט 85357
בכבוד רב
טל: 08-9918480
בית ספר קהילתי אלסלאם - רהט

טופס הגשת תביעה - פוליסת תאונות אישיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

מספר פוליסה	שם סוכן	מספר סוכן
-------------	---------	-----------

ניתן להגיש תביעה באמצעים הבאים: דוא"ל tviot_t.e@ayalon-ins.co.il או בפקס: 03-7569578,
טלפון מרכז שירות לקוחות לביטוחים: 1-800-35-2001

בעת הגשת תביעה, אזרח ותיק שהינו מעל גיל 67, המעוניין למלא את טופס התביעה בעל פה,
רשאי לפנות לנציג החברה במרכז שירות הלקוחות של איילון, בטלפון: 1-800-35-2001

מבוטח/ת יקר/ה,

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול רפואי באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטופס זה.
לנוחיותך, להלן דף הנחיות המפורט מטה, הבא להדריך אותך, המבוטח, בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת
בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

נבקשך להקפיד ולמלא את הפרטים באופן מדויק ובכתב יד קריא, ולצרף מסמכים נדרשים וכן לרשום פרטי חשבון בנק לשם ביצוע
העברה בנקאית.

סוגי התביעות שעליהן ניתנות הנחיות:

- מוות מתאונה
- נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה
- פיצוי שבועי עקב תאונה
- כיסויים נוספים עקב תאונה

1. מוות מתאונה (הטופס ימולא ע"י היורשים החוקיים)

- סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
- תעודת פטירה.

2. נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה

- אישורים רפואיים.
- סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
- אישור ממסודות ממשלתיים (משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו') המעידים על נסיבות התאונה.
- אישורים מהמוסד לביטוח לאומי (ענף נפגעי עבודה בלבד) על שיעור הנכות הצמיתה ועותקים מהפרוטוקולים של המוסד זה.

3. פיצוי שבועי עקב תאונה

- אישורים רפואיים.
- אישור מעביד על היעדרות בפועל.
- אישור מחלה לתקופה המבוקשת.

4. כיסויים נוספים עקב תאונה (החזר הוצאות רפואיות בהתאם לתנאי הפוליסה)

- קבלות.
- אישורים רפואיים הכוללים המלצה להוצאה/כיסוי.

אופן קבלת ההודעות מאיילון חברה לביטוח

בהתאם להוראות חוזר יישוב תביעות, החברה תשלח הודעות בדבר השלמת מסמכים, דרישות מידע / בדיקות ותוצאות בירור התביעה,
באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר.

באפשרותך לבחור ולסמן אחת מהאפשרויות הבאות*:

*במידה שלא תבחר באחת האפשרויות, ברירת המחדל תהיה אפשרות 1. להלן:

1. ☐ מסרון (SMS) לטלפון הנייד ☐ לנייד שלי ☐ לנייד אחר _____
2. ☐ דואר ישראל - לכתובת הרשומה (בפרטים של המבוטח, טבלה א)
3. ☐ דוא"ל שלי (הרשום בפרטים של המבוטח, טבלה א) ☐ דוא"ל אחר _____

הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר

אם ברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים ב"פרטי המבוטח" לעיל יעודכנו במערכות איילון חברה לביטוח בע"מ ("החברה"), אתה נדרש לאשר
בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו יישמשו את החברה לצורך יצירת קשר אתך ביחס לכלל מוצרי הביטוח שיש ברשותך בחברה.
אני הח"מ מבקש לעדכן את הפרטים המפורטים בטבלה א להלן, כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח שברשותי בחברה.

חתימת המבוטח

אזרח ותיק זכאי לשירות מותאם בהליך בירור התביעה

נציג החברה ייעדכן את התובע בבקשות החברה להשלמת מידע, המשך או הפסקת בירור התביעה, דרישה לביצוע בדיקה וכו', באמצעות
יצירת קשר טלפוני, ובנוסף במשלוח הודעה באמצעי דיגיטלי שנבחר על ידך לעיל.

אם תעדיף לבצע את ההתקשרות באמצעי דיגיטלי בלבד, עליך לאשר להלן את בקשתך:

☐ אני מאשר קבלת הודעות מהחברה לגבי הליך בירור התביעה, באמצעי דיגיטלי בלבד שנבחר על ידי לעיל.

סוג התביעה: ☐ פיצוי שבועי עקב תאונה ☐ נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה ☐ מוות מתאונה ☐ כיסויים נוספים עקב תאונה

א. פרטים של המבוטח				
פרטים	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
22501136	אלקרינאי	קוסאי	06/11/2016	מקצוע / עיסוק
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	תא דואר	יישוב
אבו הוריירה	41	רהט	8535700	מיקוד
כתובת דוא"ל מבוטח	Email: @			
פרטים על מקום העבודה	שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	

ב. פרטים על האירוע / תאונה / פגיעה		
היכן נפגעת בגופך	תאריך קבלת הטיפול הראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
פגיעת ראש	מרפאת בית ספר וסורוקה	
תאריך אירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה / הפגיעה
19/12/2023	11:05	בית ספר אלסלאם רהט
פירוט האירוע / התאונה / הפגיעה (יש לרשום בפירוט רב ככל שניתן) מצ"ב מכתב		

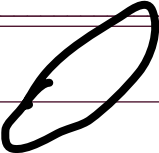
ג. פרטים רפואיים			
שם קופת חולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית החלים המטפל
כללית	רהט ב'	ד"ר סעיד אזברגה	סורוקה
שמות רופאים מטפלים נוספים:	כתובתם:	תאריכי טיפול:	
1. _____	1. _____	1. _____	
2. _____	2. _____	2. _____	
האם הנך מאושפז בבית חולים: ☐ לא ☐ כן, פרט _____			
האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת?: ☐ לא ☐ כן, פרט _____			

ד. ביטוחים נוספים			
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לחברת ביטוח או גורם אחר (משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנ"ל?			
☐ לא ☐ כן פרט	שם הגורם הנתבע	מס' הפוליסה	מס' תביעה
			פרטים נוספים

ה. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק				
אופן הגשת התביעה (סמן X את בחירתך)				
☐ קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבע.				
☐ תשלום לחשבון הבנק <u>אחר</u> שעל שמך.				
אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי ביטוח.				
שם בנק	שם סניף	מספר סניף	מספר חשבון	שם בעל החשבון
אני מאשר ומצהיר ומתחייב כלהלן:				
1. כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה בנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.				
2. אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ובן/בת זוגי.				
3. ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.				
4. אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.				
5. ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.				
לתשומת לבך,				
במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום ע"י שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.				
במידה שתביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ש"ח יש לצרף תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.				
חתימת המבוטח				

בקשה לויתור על סודיות רפואית - חובה למלא

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם המשפחה	שם פרטי	קוסאי	מספר זהות	שם האב
אלקרינאוי			225201136	חסיין
רחוב	מס' בית	41	יישוב	מיקוד
אבו הוריירה			רהט	8535700
כתובת דואר אלקטרוני			מספר טלפון	
נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל חב' ביטוח ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למינהל האוכלוסין ו/או למשרד העלייה והקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או מכון מור מאר ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (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. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"אבנר" למסור חומר ו/או מידע המתייחסים לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו. אני משחרר בזה את כל המוסדות שלעיל ועובדיהם לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם 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. אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, 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 קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____ או על המידע המפורט להלן: _____				

פרטים רפואיים			
שם קופת חולים	שם הסניף	מספר חבר	שם המוסד
שמות נותני השירות	רופאים	מכונים / מעבדות	
מוסדות רפואיים, בתי חולים, מרפאות, רופאים פרטיים וכו'	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
האם הנך מאושפז בבית חולים: ☐ לא ☐ כן, פרט _____ האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת?: ☐ לא ☐ כן, פרט _____			
תאריך	חתימת המבוטח		
1.11.24			

תאריך: 29.9.22

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג

הנדון: חשבון מס' 133470 - בסניף מס' 317

לבקשתך, הננו לאשר כי החשבון שבנדון רשום בסניפנו על שם:

מס'.	שם	מספר זיהוי
1.	עו"ד אריאל פרייברג בנאמנות פקדונות כללי	66630930
2.		
3.		
4.		

☒ בחשבון לא רשומים נהנים

☐ בחשבון רשומים נהנים כמפורט להלן:

מס'.	שם	מספר זיהוי
1.		
2.		
3.		
4.		

בכבוד רב,
הבנק הבינלאומי הראשון לישראל בע"מ

