



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין

משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד

ינואר 2025 12
Office@freiberg-law.com

לכבוד

שרית ולנר, עו"ד

קרנית, קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

באמצעות דוא"ל: tviot@karnit.co.il

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג. שלום רב,

הנדון: **תאונה מיום 15.11.2023**

הנפגע: בנימין שאול, ת.ז. 47417662

מספרים: 339725

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 9/1/25 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. מצ"ב טופס ויתור על סודיות רפואית מלא וחתום ע"י מרשי.
2. מצ"ב אישור משטרה כפי שמצוי בידי הח"מ.
3. מספר רכב: 7128384, רכב מסוג דאציה כסף. מספר הטלפון של הנהג – 0525552593.
4. לעיונכם והמשך טיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל ליונשטיין (קומה 17) ת"א 6618356
טל': 03-7111666 פקסימילה: 03-7111667 ת.ד 37505 מיקוד: 6137401
מיייל מח' תביעות: tviot@karnit.co.il מיייל תביעות שיבוב: tviot-hazara@karnit.co.il

מס' תביעה: 339725

מס' נפגע/ת: 1

הנדון: כתב ויתור על סודיות – בגיר/ה

- אני החתום-מטה שאול בנימין ת.ז. 47417662 נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או פסיכיאטרי ו/או קופת חולים ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הרווחה ו/או למשרד החינוך ו/או ל"נטלי" חטיבת חינוך והדרכה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או כל קרן פנסיה ו/או משרד האוצר ניצולי שואה שיקום ונכים ו/או הלשכה לפיצויים אישיים ו/או ועדת תביעות ו/או הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל למסור ל"קרנית" – קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, בא כוחה או שלוחה או החייב עפ"י החוק או מי מטעם (להלן: "המבקשים") את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שידרשו המבקשים המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן/ת רשות לכל אחת מחברות הביטוח למסור למבקשים כל מסמך רפואי או אחר ו/או כל מסמך, ו/או מידע המתייחס הן לביטוחים והן לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.
- אני משחרר/ת בזה את המבקשים ואת כל הגורמים המנויים בפסקה 1 לעיל לרבות 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 ו/או כל אגף מאגפיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי ו/או השיקומי ו/או הרווחה ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הישגי בלימודים ומתיר/ה להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם כולל מידע או מסמך על שירותים המסופקים לי על ידם ועל תשלומים ששולמו ומשולמים לי על ידם, לרבות מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון שילם ומשלם וישלם לי. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.
- הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם הנפגע/ת (פרטי ומשפחה)	שם האב	שם קודם/שם נעורים
שאול בנימין	עובדיה	

כתובת עדכנית:

עיר	רחוב	מס' בית/כניסה	מיקוד	מספר פלאפון
כפר יונה	הרב קוק	3/19		

כתובת מגורים קודמת:

עיר	רחוב	מס' בית/כניסה	מיקוד
קופ"ח בה הנני חבר בהווה	סניף	קופ"ח בה הייתי חבר בעבר	מס' אישי בצה"ל
בית"ח בו נולדתי	רופא משפחה	רופא	רופא
שם בייס יסודי	ישוב	שם בייס תיכון	ישוב
		תאריך עלייה	

10/1/2025

תאריך*

חתימת הנפגע/ת*

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, אחות, מקצועות הבריאות ברישיון, רשם רפואי או מנהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק וסוכן ביטוח):

10/1/25

תאריך*

חתימת רופא/ת*

62254

מספר רישיון*

שם*

השדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה. שים לב: לא ניתן לעשות שימוש בטופס בו לא מולאו כל שדות החובה. יש למלא בהקפדה את כל הפרטים הרלוונטיים ולהמציא הטופס חתום במקור או כשהוא נושא אישור של עו"ד "העתק מתאים למקור".

המידע שייאסף במהלך הטיפול בתביעה, יישמר במאגרי המידע של קרנית וייעשה בו שימוש על פי הוראות כל דין ובהתאם למטרות שהוגדרו. לצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין.

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה: שלוחת בוחנים שרון מחוז מרכז
כתובת: דרך השרון 1, כס
טלפון: 09-7473330
פקס: 097473336
דואר: bohanim.sharon@police.gov.il
מספר תיק פלא: 502803 / 2023
סיווג תיק: ת.ד. ת.ד.
מס' מסמך בתיק: 1
תאריך: 04/12/2023, כ"א כסלו תשפ"ד, 17:16

לכל המעוניין

תאריך התאונה: 15/11/2023 בשעה: 17:55

מקום התאונה

כפר יונה צומת רחוב אלי כהן עם רחוב הרצל בכביש עירוני

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
7128384	פרטי נוסעים	דאציה רומניה
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	43063056	דוד מוחמד	03-03-1981	ג'ת ת.ד. 1052		

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
הולך רגל	47417662	טאמר בוינוביץ	10-01-1941	הפנימיה, חדר 3	בית מאגר, מסמך חבא	קשה

כמות נפגעים



כמות נפגעים

1

מצב התיק

בחקירה

מתאריך

16/11/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א

968016

שם משפחה

לב-ארי אטיה

שם פרטי

רון

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי

968016

שם פרטי

רון

שם משפחה

לב ארי

דרגה

רסב



תפקיד

חוקר/בוחן תנועה תאונות דרכים

מקום שרות

שלוחת בוחנים שרון מוחזז מרכז

חתימה

04 12 2023 17 16

משרד
דואר



מדינת ישראל
דولة اسرائيل

שם המשפחה اسم العائلة
וחד

זהות
هوية

מחמוד

תאריך הלידה تاريخ الولادة
כ"ז באדר א' התשמ"א
03.03.1981

תאריך הנפקה تاريخ الاصدار
א' בחשוון התש"פ
30.10.2019

בחוקר עד סארי המפעול حتى
י"ח בחשוון התש"ע
27.10.2029



מספר הזהות رقم الهوية
0 4306305 6

0 4306305 6

