

אירית מושיוב, עו"ד
רח' נחל שניר 21, קרית אונו
טל': 03-5080767, פקס – 03-5322377
מייל: office@iritmos-law.co.il

תאריך: 18/01/25

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
במייל: frei.ariel@gmail.com

ח.נ.,

ת.א. 40093-01-24 בבית משפט השלום כפר סבא
אבירם גרינבלט נגד ווישור חברה לביטוח בע"מ
תיקנו מס' 1/1471

1. תיק זה עבר לטיפול (כתב הגנה הועבר לעיוןך במקביל למכתבי זה).
 2. רצ"ב שאלון המופנה כלפי התובע ואודה לקבלתו חתום ומאומת בחוזר.
 3. נא העבר וס"ר חתום על ידי התובע הכולל ויתור סודיות לגבי פירוט תשלומים ששילם וישלם המל"ל. אנא הקפד כי מלוא פרטי הוס"ר יהיה מלאים ולרבות הפנית הוס"ר לווישור חברה לביטוח בע"מ, תאריך חתימה, חתימה ואימות חתימה.
 4. אודה לקבלת גילוי מסמכים מטעמך.
 5. אבקש לקבל, בבחינת בקשה לעיון ספציפי במסמכים, את המסמכים הבאים –
 - א. תלושי שכר לחודשים 1/22 - היום.
 - ב. טפסי 106 לשנים 2021 - היום.
 - ג. עותק מכל הדוחות של ועדות המל"ל שדנו בעניינו של התובע.
 - ד. פירוט כל תשלומי המל"ל ששולמו עקב התאונה.
 - ה. אישור משטרה.
 - ו. **כל חוות דעת/קביעת מל"ל בקשר עם תאונות קודמות שעבר (לרבות אלו משנת 2012)**
 - ז. עותק הקבלות שברשותו.
 6. להלן רשימת המסמכים המצויים ברשותי. נא ראה ברשימה זו גילוי מסמכים לכל דבר וענין:
 - א. כתבי בי-דין על נספחיהם
 - ב. תכתובות בין הצדדים
 - ג. פוליסה
 - ד. רפואי ומל"ל (באיסוף)
 - ה. תכתובות עם המבוטח (חסוי)
 - ו. דוחות חקירה על נספחיהם (בדחיית גילוי)
- אנו שומרים על זכותנו להוסיף לרשימה זו כל מסמך שיתקבל לידינו בעתיד.

בכבוד רב ובב"ח

 אירית מושיוב, עו"ד

אירית מושיוב, עו"ד
רח' נחל שניר 21, קרית אונו
טל': 03-5080767, פקס – 03-5322377
מייל: office@iritmos-law.co.il

תאריך: 18/01/25

לכבוד: ווישור חברה לביטוח בע"מ

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

תיקנו מס' 1/1471

חלק א'

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו):

שם _____ תעודת זהות _____ שם האב _____

רחוב _____ מספר _____ עיר _____ טלפון _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לבטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות, בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן לכל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לבטוח לאומי שילם ומשלם לי. וס"ר זה מופנה גם כלפי כל חברת ביטוח ו/או כל גורם אחר.

הנני 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 שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהן באשר 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: _____.

חלק ב'

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

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

במקרה של קטין: שם האם: _____ ת.ז.: _____ שם האב: _____ ת.ז.: _____

תאריך: _____ עד לחתימה (שם עו"ד ומס' רישיון) ומס' ת.ז.: _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין חתימת אפוטרופוס)

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך: _____ שם פרטי ושם משפחה: _____ חתימה: _____

אירית מושיוב, עו"ד

רח' נחל שניר 21, קרית אונו

טל': 03-5080767, פקס – 03-5322377

מייל: office@iritmos-law.co.il

-
- | אל: אבירם גרינבלט | מספרנו: 1/1471 |
|-------------------|---|
| 1. | מהו מספר תעודת הזהות שלך. |
| 2. | האם היית מאושפזת אי פעם לפני התאונה בבית חולים, אם כן נא פירוט פרטי האשפוז, מקום האשפוז ואורך פרטי האשפוז |
| 3. | א. האם היית בטיפול או בטיפולים רפואיים כלשהם לפני התאונה, לרבות טיפול נוירולוגי, טיפול אורטופדי, טיפול פסיכיאטרי, טיפולים בתחום הא.א.ג., טיפולי עיניים וכד', אם כן – נא פרט פרטי הטיפולים לרבות היכן בוצעו וזמני הטיפולים. |
| 4. | א. האם ארעה לך תאונה כלשהי לפני התאונה נשוא כתב התביעה, אם כן -
ב. נא פרט מועדי התאונות ופירוט התאונות עצמן.
ג. נא פרט את הפציעות שנגרמו לך בכל אחת מהתאונות הנ"ל.
ד. האם הגשת תביעות בעקבות תאונות אלו, אם כן-
ה. נגד מי הוגשו התביעות, לאיזה בימ"ש הוגשו, ומה מספר התיק בו נדונו.
ו. כיצד נסתיימו התביעות.
ז. האם נקבעה לך נכות בגין התאונות (ככל שכן ע"י מי נקבעה הנכות, באיזה תחום ובאיזה שיעור). |
| 5. | האם חלית במחלות כלשהן, או נפצעת בפציעות כלשהן עובר לתאונה ו/או מאז התאונה נשוא כתב התביעה ועד היום, אם כן -
א. במה חלית ו/או באילו פציעות נפצעת ולרבות מועדן של אלו
ב. האם אושפזת עקב מחלות או פציעות אלה, אם כן -
ג. מתי אושפזת, באיזה בי"ח ובאיזו מחלקה.
ד. באם לא אושפזת - היכן טופלת עקב מחלות או פציעות אלה. |
| 6. | א. האם פנית אי פעם בעברך בתביעה כלשהי למוסד לביטוח לאומי (לרבות בתביעה לנכות, לשיקום, להבטחת הכנסה וכל תביעה אחרת), אם כן -
ב. באיזו תביעה פנית ומה היתה החלטת המל"ל. |
| 7. | א. האם חזרת לעבוד לאחר המקרה נשוא התביעה. אם כן - מתי חזרת. נא פרט תאריך מדויק.
ב. לאיזה מקום עבודה חזרת.
ג. האם יש בידיך תעודות אי כושר לתקופה בה נעדרת מעבודתך.
ד. האם שולמה לך משכורת בימי העדרותך מעבודה.
ה. אם כן - ע"י מי. |
| 8. | א. האם היו עדי ראיה לתאונה שנגרמה לך, אם כן -
ב. מי היו עדי ראיה אלו, נא ציון שמותיהם וכתובותיהם.
ג. כיצד בדיוק ארעה התאונה הנ"ל - נא פרט נסיבות המקרה. |
| 9. | א. ככל שהעסקת עוזרת בית עובר לתאונה - כמה פעמים בשבוע, באיזה עלות ולפי איזה חישוב (שעות, חדשי וכו').
ב. האם דיווחת למוסד לביטוח לאומי על העסקת העוזרת. |