

שגיא, שיפמן, אמסלם - משרד עורכי-דין

SAGI, SHIFMAN, AMSELLEM - LAW OFFICE

AVI L. AMSELLEM,	ADV.	חיפה, שד' פליימ 2, חלונות הסיטי, בנין ברוש	עו"ד	אבי ל. אמסלם,
OFER SAGI,	ADV.	Haifa, 2 Pal-Yam Av., Halonot Hacity	עו"ד	עפר שגיא,
TAL YOGEV-SHITZER,	ADV.		עו"ד	טל יוגב-שיצר,
MAYA LESHEM	ADV.	טל : (רב קווי) 8669933 -4 -972	עו"ד	מאיה לשם,
SITVANIT PINTO	ADV.	Fax. +972 -4 -8672923	עו"ד	סתונית פינטו,
SOFIA LEVINSKY	ADV.	E-mail: office@ams-sag.co.il	עו"ד	סופיה לוינסקי,
STELLA LUPIAN	ADV.	<u>מען למכתבים</u> : ת.ד. 657 מיקוד 3309502, חיפה	עו"ד	סטלה לופיאן,
KORAL ASHKENAZI	ADV.		עו"ד	קורל אשכנזי,
MARYAM OKAL	ADV.		עו"ד	מרים עוכל,
CHRISTINE ZEIBAK	ADV.		עו"ד	כרסתין זייבק,
INBAL ZABARO	ADV.		עו"ד	ענבל זברו,
ADI GAVRIEL HAVER	ADV.		עו"ד	עדי גבריאל חבר,
BEZALEL SAGI, ADV	Founder		מייסד	בצלאל שגיא, עו"ד
BARUCH SHIFMAN, ADV	Founder		מייסד	ברוך שיפמן, עו"ד

9 אוקטובר, 2023

601/1/1343/26850

מ.ל.ב.

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
מרח' אבא הלל 7
רמת גן 5252204

ח.ג.

הנדון: ת.א. 51915-02-24 בבימ"ש המחוזי בלוד
לירן דבור (קטיין) נגד "קרנית" ואח'

1. רצ"ב כתבי ויתור על סודיות ונודה על העברתם והחזרתם חתומים ומאומתים כדין על ידי כל אחד ממרשיך בנפרד.
כמו כן רצ"ב כתב וס"ר המופנה למשרד החינוך ע"ש לירן דבור (קטיין), ונודה על החזרתו חתום ומאומת כדין.
2. בהתאם לתקנה 57 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט-2018, מרשיך (התובע ואפוטרופסיו) נדרשים כדלקמן:
 - א. גלות **בתצהיר** את כל המסמכים הנוגעים לעניין הנדון, המצויים או שהיו מצויים ברשותם או בשליטתם, במועדים הקבועים בתקנות.
 - ב. להשיב **בתצהיר** על השאלונים המצ"ב, במועדים הקבועים בתקנות.
3. כמו כן בהתאם לתקנה 58 לתקסד"א, נבקש עיון ספציפי, במסמכים כדלקמן:
 - א. תלושי שכר ו/או טפסי 106 של התובע ואפוטרופסיו.
 - ב. פירוט כל התשלומים המשתלמים למרשך מגופים שונים (חברות הביטוח, מל"ל, וכד') בקשר לפגיעתו בתאונה נשוא תיק זה.
 - ג. פירוט כל התאונות בהם היה מרשך מעורב, לרבות פירוט כל התביעות שהוגשו, הנכויות שנקבעו והתשלומים ששולמו.
 - ד. גיליונות ציונים ע"ש לירן דבור (קטיין), ופירוט שמות כל שמות המסגרות החינוכיות בהם למד.

נודה על קבלת המבוקש במועדים הקבועים בתקנות.

בכבוד רב,
א. אמסלם, עו"ד

לוטה:

l l f k e

- אל: 1. באסל דבור, ת.ז. 037418944
2. הודא דבור, ת.ז. 040940157
ת.א. 51915-02-24 בית משפט המחוזי בלוד
(הוריו ואפוטרפוסיו הטבעיים של לירן דבור, ת.ז. 215407297)

מאת: "קרנית" קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
הנתבעת מס. 2 בתיק הנ"ל

1. מהו תאריך לידתך המדויק.
2. מהו תאריך הלידה הנקוב בתעודת הזהות שלך.
3. מהו מספר תעודת הזהות שלך?
4. מהו מספר האישי בצה"ל?
5. מה היתה השכלתך הפורמלית ביום התאונה? מה היתה השכלתך המקצועית ביום התאונה? מה השכלתך כיום? נא צרף תעודות.
6. נא לפרט את ההוצאות המיוחדות שהיו לך עקב התאונה, מאז התאונה ועד היום. אם יש בידך קבלות ו/או רישומים ביחס להוצאות אלו - נא לצרף.
7. האם שלמת תשלומים כלשהם בגין עזרת צד ג'? נא לפרט למי שלמת ומתי ומה גובה הסכומים. אם יש רישומים ו/או קבלות - נא לצרף.
8. נא לפרט את כל הוצאות הנסיעה והטיפוליים שהיו לך עקב התאונה. אם יש קבלות ו/או רישומים - נא לצרף.
9. היכן גרת עובר לתאונה? נא ציין ישוב וכתובת. מהי כתובתך כיום? ובבעלות מי הדירה בה גרת עובר לתאונה?
10. א. האם עבדת לפני התאונה כשכיר/ה? אם כן:
ב. באיזו עבודה או באילו עבודות עבדת ב-3 השנים שקדמו לתאונה - נא לפרט מקומות עבודתך, שם המעביד וכתובתו, תפקידך בכל מקום, ותקופות עבודתך בכל מקום.
ג. כמה השתכרת בכל אחת מהעבודות הנ"ל בכל אחת מ-3 השנים הנ"ל? נא לפרט אם מצויים בידך תלושי השתכרות, וביחס לאילו תקופות.
ד. כמה השתכרת בכל אחת מהעבודות הנ"ל בכל אחד מ-24 החודשים שקדמו לתאונה? נא לתת פירוט חודשי, ולציין באם מצויים בידך תלושי השתכרות.
11. א. האם עבדת לפני התאונה כעצמאית? אם כן -
ב. באיזו עבודה או באילו עבודות עבדת ב-3 השנים שקדמו לתאונה - נא לפרט מקומות עבודתך.
ג. כמה הרווחת בכל אחת מהעבודות הנ"ל בכל אחת מ-3 השנים הנ"ל? נא לתת פירוט שנתי ביחס לכל עבודה ולכל עיסוק.
ד. כמה הרווחת בכל אחת מהעבודות הנ"ל בכל אחד מ-24 החודשים שקדמו לתאונה - נא לתת פירוט חודשי.

12. א. האם קיבלת ממקורות כלשהם כספים או טובות הנאה כלשהן עקב התאונה נשוא כתב תביעתך?
אם כן:
- ב. נא לציין את מהות טובות ההנאה ואת גובה הסכומים שקיבלת, וכן את נותני טובות ההנאה והכספים.
13. מה היה תפקידך בעת שארעה התאונה?
14. כמה זמן נעדרת מעבודה עקב התאונה? נא לצרף אישורים רפואיים (נא לציין תאריכים מדויקים).
15. מתי חזרת לעבודה? נא לציין תאריך מדויק.
16. מהם כיום כל מקורות הכנסתך? נא לפרט.
17. נא פרט מהם כל הוצאותיך מיום מינויך כאפוטרופוס של התובע נא לצרף קבלות ו/או חשבוניות.

l l f k e

- אל: 1. לירן דבור, ת.ז. 215407297 (קטין)
התובע בת.א. 51915-02-24 בבית המשפט המחוזי בלוד
באמצעות הוריו והאפוטרופסים הטבעיים שלו:
2. באסל דבור, ת.ז. 037418944
3. הודא דבור, ת.ז. 040940157

מאת: קרנית – קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
הנתבעת מס. 2 בתיק הנ"ל.

1. נא ציין מס' תעודת זהות, תאריך לידה מדויק, כתובת, מצבך המשפחתי במועד התאונה ומצבך המשפחתי כיום.
2. האם שירת בצבא ההגנה לישראל? אן כן – נא פרט את מספרך האישי, הפרופיל שנקבע, מועד הגיוס ומועד השחרור. אם לא – נמק את הסיבה בגינה ניתן פטור משירות צבאי.
3. האם שוחררת שחרור מוקדם מצה"ל עקב סיבות רפואיות ו/או נפשיות כלשהן? אם כן – פרט את הסיבות והליקויים בגינם שוחררת.
4. נא ציין פרטי קופת החולים ותחנות לבריאות המשפחה (טיפת חלב) בהן היית ו/או הינך חבר (בעבר ובהווה).
5. נא ציין את שמות המרפאות הרופאים המטפלים לפני התאונה, ולאחריה, לרבות כתובותיהם.
6. נא ציין אשפוזים וטיפולים בעבר ובהווה בגין האירוע שבנדון, ובכלל זה, פרטי בתי החולים, המועד, סיבת האשפוז/הטיפול, מהות הפגיעה והנכות שנקבעה גינה.
7. האם אירעה לך תאונה כלשהי ו/או חלית במחלה כלשהי (למעט הצטננות וכיו"צ) ו/או נפצעת באירוע לפני התאונה נשוא תביעה זו ו/או לאחריה.
8. האם הינך סובל ממחלות כרוניות או מחלות קשות או מנכות שלא עקב האירוע שבנדון. אם כן – פרט מהי המחלה ו/או ההפרעה, מה המועד בו אובחנה, האם אושפזת, תקופת האשפוז, מהם אחוזי הנכות שנקבעו בגינה ומתן המגבלות.
9. נא ציין תרופות שאתה נוטלת באופן קבוע, המועד בו התחלת ליטול כל אחת מהתרופות והסיבה בגינה הינך נוטל כל תרופה.
10. האם טופלת לפני התאונה נשוא תביעה זו ו/או לאחריה אצל פסיכולוג ו/או פסיכיאטר? אם כן – פרט בגין איזו בעיה/מחלה, מה המועד בו אובחנה ומהם אחוזי הנכות שנקבעו בגינה.
11. האם היית מעורב בתאונות נוספות לפני התאונה שבנדון ו/או אחריה? אם כן – פרט את נסיבות התאונה, מתי אירעה, מה טיב הפגיעה והאם נקבעו נכויות בגינה?
12. האם הגשת בעבר תובענות קודמות לחברת ביטוח או לביהמ"ש לפיצויים בגין נזקי גוף. אם כן – פרט.
13. האם אושפזת עקב התאונה נשוא תביעה זו. אם כן – ציין את תקופת האשפוז ומוסדות האשפוז.
14. מהן הפציעות/הפגיעות שסבלת בתאונה, ומאלו מגבלות הינך סובל כיום כתוצאה מהתאונה?

15. פרט/י את נסיבות התאונה נשוא כתב התביעה, מקום האירוע ואת שמות העדים לתאונה?
16. האם התאונה דווחה למשטרה. אם כן - מתי ועל ידי מי? אם לא – מדוע התאונה לא דווחה.
17. האם האירוע דווח לרשות כלשהי?
18. האם הפינוי ממקום התאונה נעשה ע"י מד"א ו/או באופן עצמאי? נא פרט.
19. האם סבלת אי פעם מהגבלה/הפרעה כלשהי באחד האיברים שנפגעו בתאונה שבנדון? - נא פרט.
20. נא פרט את מוסדות החינוך בהם למדת, ובכלל זה, את התקופות שלמדת בכל אחד מהם.
21. מה היה מקצועך לפני התאונה? נא ציין את השתכרותך בכל אחת משלוש השנים שקדמו לתאונה. נא צרף תלושי שכר ו/או דו"חות שומה.
22. נא פרט את כל מקומות העבודה בהם עבדת (לפני האירוע ולאחריו), תקופת העבודה והתפקיד.
23. האם עבדת לפני התאונה כשכיר? אם כן – באיזו עבודה/עבודות עבדת בשלוש השנים שקדמו לתאונה. נא פרט שם מקום העבודה, שם המעביד, כתובת מקום העבודה, תפקידך בכל מקום עבודה והתקופות בהן עבדת בכל אחד ממקומות העבודה.
24. האם עבדת לפני התאונה כעצמאי? אם כן – פרט. באיזו עבודה/עבודות עבדת כעצמאי, תפקידך והתקופה בה עבדת כעצמאי.
25. האם נעדרת מהעבודה בעקבות התאונה שבנדון. אם כן – פרט את תקופת ההיעדרות, צרף תעודות "אי כושר" ו/או "אישור מחלה" המצויים ברשותך.
26. מה היה תפקידך בעת שאירעה התאונה?
27. נא ציין את המועד המדויק בו חזרת לעבודה לאחר התאונה, ולאיזה תפקיד?
28. האם בתקופת היעדרותך המשכת לקבל שכר מן המעביד?
29. נא לציין שם האחראי הישיר עליך במקום עבודתך.
30. מהם עיסוקיך כיום ומקורות הכנסתך כיום – נא פרט.
31. האם נעדרת מהעבודה עקב תאונות קודמות ו/או מאוחרות לתאונה שבנדון. אם כן - פרט את תקופת ההיעדרות, המועדים בהם נעדרת וצרף תעודות "אי כושר" ו/או "אישור מחלה" המצויים ברשותך.
32. האם התאונה נשוא תביעה זו אירעה תוך כדי העבודה ו/או בדרך לעבודה ו/או בדרך מהעבודה? אם כן – האם פנית למל"ל בבקשה כי המקרה יוכר כ"תאונת עבודה"? פרט את הנכויות הזמניות שנקבעו, הנכויות הצמיתות ואת כל התשלומים שהשתלמו לך מהמל"ל. אם לא פנית למל"ל – נא פרט את הסיבה.

33. האם פנית למל"ל בתביעה לקבלת גמלאות ("נכות כללית" ו/או שר"מ ו/או "ניידות ו/או כל גמלה אחרת)? אם כן – מתי פנית ומה היתה החלטת המל"ל. צרף מסמכים.
34. האם נקטת בפעולות שיקום כלשהן. אם כן – נא פרט.
35. האם משתלמת לך קצבה ו/או פנסיה מקרן פנסיה ו/או ממעביד ו/או מחברת ביטוח ו/או מקרנות למיניהן ו/או ממקור אחר בגין התאונה שבנדון? אם כן – פרט את מקור התשלומים וסכום הקצבה.
36. האם משתלמת לך קצבה ו/או פנסיה מקרן פנסיה ו/או ממעביד ו/או מחברת ביטוח ו/או מקרנות למיניהן ו/או ממקור אחר בגין מחלה ו/או תאונה אחרת – נא פרט.
37. נא פרט את ההטבות שקיבלת בעקבות התאונה נשוא הדיון, מכל גורם שהוא, לרבות המל"ל.
38. האם נזקקת לעזרת הזולת לאחר האירוע ו/או כתוצאה ממנו? אם כן – מהי העזרה? מה התקופות בהן ניתנה העזרה? והאם שולם שכר בגינה? אם כן – צרף מסמכים.
39. נא פרט את כל הוצאות (כולל הוצאות נסיעה וטיפולים) שהיו לך עקב התאונה. נא צרף מסמכים.
40. האם יש לך או היה לך אי פעם רישיון נהיגה. אם כן – ציין את מספרו, מתי הוצא, לאיזה סוג רכב, האם חידשת את הרישיון לאחר התאונה, האם הוטלו הגבלות כלשהן על רישיון הנהיגה והאם דיווחת למשרד הרישוי על מגבלות כלשהן.
41. האם אתה נזקק לעזרה בפעולות ה-IDAL? אם כן – פרט, ועיי מי אתה נעזר?
42. האם הינך נתקל בקשיים בריאותיים כלשהם בביצוע עבודתך כתוצאה מהתאונה? אם כן - נא פרט מהם הקשיים והסיבות הממשיות לכך.
43. האם הינך מטופל כיום בגין השלכות התאונה? נא פרט בגין אלו מגבלות, מה סוג הטיפול ובאיזה מוסד ניתן הטיפול והרופא.
44. נא פרט אילו צעדי שיקום נעשו על ידך, ככל שנעשו, ומה היו תוצאותיהם עד כה. נא לפרט כל ההצעות לשיקום שהוצעו לך, כל מקומות העבודה בהם ניסית לעבוד ובאיזה גוף או מוסד נעזרת לצורך שיקומך, ובאיזה סניף.

נוסח בקשת איג' רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני הח"מ: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות של משרד הבריאות ו/או מדינת ישראל ו/או קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ו/או למחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי ו/או לפקיד השיקום של המוסד לביטוח לאומי או פקיד השיקום של ב"ח וכל גוף אחר ו/או לצה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למחלקת הרווחה והשירותים החברתיים ברשות המקומית ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או לכל עובד של חברות הביטוח למסור לעו"ד: **א. אמסלם ו/או ע. שגיא ו/או ט. יוגב שיצר ו/או מ. לשם** ולכל מי מטעמם ו/או ל: _____ (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או כל מחלה שחלת בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות כל הליכי שיקום וכל דו"חות שיקום וכל דו"חות ועדות רפואיות וכל תיקי שיקום של המוסד לביטוח לאומי וכל גוף אחר, וכל מסמכים ללא יוצא מן הכלל המתייחסים למצב בריאותי בעבר ובעתיד, ולרבות כל מסמך הכולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או פקיד השיקום של המוסד לביטוח לאומי ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי"ח כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, ו/או עובדי חברות הביטוח וכן צה"ל ומשרד הביטחון, ו/או עובדי מחלקות הרווחה והשירותים החברתיים ברשויות המקומיות ו/או עובדי סוציאליים מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או הפסיכיאטרי 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 תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם לי ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או למי מרופאיהן ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן ו/או כלפי חברות הביטוח ו/או עובדיהן ו/או כלפי צה"ל או משרד הביטחון, ו/או כלפי הרשויות המקומיות ו/או עובדיהן 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 סוציאלי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או מחלקות השיקום של המוסד לביטוח לאומי ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם כולל רופאים ו/או עובדים של בתי"ח פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או סיעודיים ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים למיניהם ו/או חברות הביטוח ו/או צה"ל ו/או משרד הביטחון ו/או מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות ו/או מי מטעמם.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ב'

שם קופ"ח _____ סניף _____ מס' חבר _____ שם המוסד _____ שמות נותני השירותים:

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

מס' אישי בצה"ל _____ קופ"ח קודמת _____ מרפאה קודמת _____
 במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המוסד לביטוח לאומי

א.נ.,

אני הח"מ _____, ת.ז. _____, נותן בזה רשות לעובד רפואי או למוסד לביטוח לאומי או לצבא הגנה ישראל או למשרד הביטחון למסור למבקש את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרוש המבקש, על מצב בריאותי או שיקומי על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, ואני משחרר בזה אתכם או כל רופא מרופאיכם או כל עובד רפואי אחר מעובדיכם או כל מוסד ממוסדיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך

- חתימה

השם

מס' ת.ז.

במקרה של קטין:

שם האב:

מס. ת.ז.:

חתימה:

שם האם:

מס. ת.ז.:

חתימה:

שם הקופה:

סניף:

מס' פנקס חבר:

שם הרופא המטפל:

שם העד לחתימה:

חתימת העד