

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

אבא הלל 7, רמת גן, טלפון: 054-6544930, פקס: 077-3180983,

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930

18/08/2021

104/1

תאונה מיום 16.8.20 - נ' כלל

104

קורנבליט דני

308836063

18/08/2021

עוסק מורשה:

תאריך:

מספר תיק:

שם תיק:

מספר לקוח:

שם לקוח:

מזהה לקוח:

תאריך הדפסה:

לכבוד

קורנבליט דני

חשבונית-מס/קבלה 998 Tax Invoice/Receipt

חייב במע"מ Taxable

פטור מע"מ Exempted

Fees	3,675.21	0.00	שכר טרחה
Expenses	0.00	0.00	הוצאות
Miscellaneous	0.00	0.00	שונות
Sub Total	3,675.21	0.00	סיכום
V.A.Tax 17%	624.79	מס ערך מוסף 17%	
V.A.T exempted	0.00	סכום פטור ממע"מ	
Total + V.A.T.	₪ 4,300.00	סה"כ (כולל מע"מ)	

הסכום במילים:

ארבעת אלפים שלוש מאות שקלים חדשים בלבד.

Payment details:

פרטי התשלום:
תאריך: 18/08/2021 סוג: העברה
מס' No. בנק Branch חשבון Account 133470
כסות Amount 4,300.00 ₪
הופקד לחשבון בנק: 135082 - חשבון עסקי

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

פרטי הפעולה

העברה בסכום של 1,115.40 ש"ח לביצוע ביום 18/08/2021

לזכות: ניר רשף

בנק: 11 דיסקונט סניף: 034 חשבון: 366455

הערת לקוח: השתתפות בשכט דני קורנבליט

פעולת ערוץ ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה בערוץ ישיר). בגין כל העברה תחויב בעמלה בסך 1.80 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בעו"ש מטבע ישראלי בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.30 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום בסך 6.30 ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה ויגבו בתחילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - ראה תעריפון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

האחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך ומובהר כי נתונים אלה אינם נבדקים ע"י הבנק. הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים שגויים ו/או לא מדויקים. הבנק רשאי למסור למוטב את פרטי בעל החשבון וכן, היה והמוטב יורה, בכל עת, להשיב לבעלי החשבון את הסכום שהועבר או חלקו - לזכות את החשבון בסכום שהוחזר והכל מבלי לגרוע מאחריות הבנק על פי הוראות הדין

הלקוח אישר את פרטי ההוראה וכן שניתנה לו אפשרות לעיין בתנאים להעברות בשקלים ◀ וכי הסכים לתוכנם

הצמדת כלכל - 11%
+
רצח
1/3



נא לה
כפוף
2.8.21

תאריך: 21.07.2021
מספר תביעה: 185221986/1
שם מטפל: אורלי אסלן

כתב סילוק סופי ומלא - לנכגע

אני הח"מ דני דמיטרי קורנבליט נושא מס' זהו 308836063 שכתובתי היא ע"י עו"ד אריאל פרייברג (להלן "התובע") מאשר כדלקמן:

הואיל

ובתאריך 16.08.2020 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים ב. (להלן "התאונה") אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענותי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

והואיל

ונתגלעו חילוקי דעות בין הצדדים לגבי תביעה שהגשתי לעניין התאונה, באיתי לידי הסכם סופי וגמור עם דני דמיטרי קורנבליט (להלן "המבוטחים") ועם כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטחת") לקבלת פיצויים כמפורט להלן, וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותיי ודרישותיי מכל מין וסוג כלשהו, בעבר, בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה.

אי לכך, הנני מאשר/ת מצהיר/ת ומתחייב/ת כדלקמן:

- הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבוטחים והמבטחת (להלן "הנתבעים") באמצעות עו"ד אריאל פרייברג הינו סך של 25000.00 ש"ח (עשרים ושישה אלף ש"ח) הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן "הסכום") וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
- תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר/ת בזה לחלוטין ומוחל/ת באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותיי ותביעותיי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד, ועל פי כל חיקוק שיתקן או יבוא במקום דין הקיים היום או שיחוקק בעתיד, ואין לי ולא תהינה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי הנתבעים ו/או כל נושא משרה ו/או בעל תפקיד בהם. מובהר כי הסכום מהווה סכום סופי וכולל, לרבות כל טענה לעניין הפרשי הצמדה ו/או ריבית.
- הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את הנתבעים או מי מהם ו/או מי מטעמם, מיד עם דרישתם הראשונה בגין כל דרישה ו/או תביעה שהוגש כנגדם, או נגד כל אחד מהם לחוד, בגין כל סכום שידרשו לשלם בגין התאונה ו/או תביעת שיבוב שתשולם על ידם לאדם או גוף שהיטיבו נזקי בגין נזק עבורו קבלתי פיצוי מהנתבעים עקב התאונה הנ"ל, ובלבד שסכום השיפוי לא יעלה על הסכום ששולם ע"י הנתבעים. על אף האמור, המבטחת מתחייבת שלא לדרוש שיפוי מהתובע בגין הוצאות רפואיות עבור שירותים הכלולים בסל הבריאות, שניתנו במסגרת הרפואה הציבורית, הנובעים מהתאונה, ואולם מובהר למען הסדר הטוב כי אין באמור כדי להודות בחבות המבטחת בגין הוצאות כאמור, אשר הוראות בקשר אליהם הוסדרו בחוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום התכנית הכלכלית לשנים 2009 ו-2010) התשס"ט.
- מוצהר בזה כי הסכום כולל פיצוי גם בגין הוצאות רפואיות עתידיות שאינני זכאי/ת להן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994, ככל שאהיה זכאי/ת לפיצוי כזה.
- א. ידוע לי, כי הפיצויים על פי מסמך זה מבוססים על כך שהתאונה אינה מהווה "תאונת עבודה". אני מצהיר/ת ומתחייב/ת, כי לא פניתי ולא אפנה בדרישות מכל סוג ומין למסוד לביטוח לאומי, הכרוכות או הנובעות מהתאונה ו/או מהנזקים שנגרמו לי ממנה למעט.
ב. אם אפר התחייבות זו, ובכל זאת אגיש/ת תביעה למל"ל בקשר לתאונה ואקבל פיצוי ו/או גמלה ו/או כל קצבה מהמל"ל בקשר לתאונה למעט, הנני מתחייב/ת להשיב לנתבעים מיד עם דרישה כל סכום שקיבלתי מהמל"ל ושאיני זכאי/ת לקבל מהמל"ל עקב התאונה עד לסכום ששולם לי ע"י הנתבעים.
- ג. הנני מאשר/ת, מצהיר/ת ומסכים/ת בזה כי אם אקבל מהמסוד לביטוח לאומי תשלום, תקבול או גמלה כלשהי בגין התאונה למעט, הרי ניתנה בזאת מראש הסכמתי כי יחול עלי האמור בסעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה - 1995, וניתנת בזאת מראש רשות מטעמי למסוד לביטוח לאומי לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל. כל זאת, מבלי לפגוע בזכויות השיפוי שיש לנתבעים כלפי עפ"י שטר קבלה זה.
- אני מאשר/ת כי ידוע לי שאין בתשלום הנ"ל הודאה מצד המבטחת ו/או המבוטחים בחבות כלשהי בקשר למקרה הנ"ל, לרבות בנוגע לחבות מכוח כל פוליסה אחרת, של המבטחת.
- מובהר כי תשלום הסכום יבוצע תוך 30 יום ממועד קבלת כל הנתונים ו/או המסמכים הבאים במשרדי המבטחת, לפי המאוחר מבניהם: כתב סילוק זה חתום ומאומת כדן; פריט חשבון בנק להעברת הסכום כולל העתק המחאה מבוטל; החלטת בית המשפט הנותנת תוקף של פסק דין להסכם הפשרה נשוא כתב סילוק זה (ככל שהוגשה בקשה כאמור לאישור

מספר תביעה: 185221986/1

263

עמוד 1 מתוך 3



- בית המשפט; וכי אם תשלום הסכום יבוצע לאחר 30 יום ממועד קבלת כל המסמכים כאמור, יישא הסכום הפרשי הצמדה וריבית.
8. ידוע לי ואני מסכים/מה שתשלום הסכום יבוצע בכפוף להוראות כל דין, לרבות הוראות בדבר עיקול, ככל שיוטל ו/או הוטל על כספים המגיעים לי מאת הנתבעים. הנני מאשר/ת ומסכים/מה כי במקרה זה ועל אף האמור לעיל הסכום יועבר לידי רק לאחר ביטול המניעה החוקית, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית.
9. הנני מצהיר/ה כי חתימתי על כתב סילוק זה מהווה אישור לסיכום שהושג כאמור בין הצדדים וכי הצהרותיי והתחייבותיי אלו הינן בלתי חוזרות והן תחייבנה את כל מי שיבוא במקומי ו/או מטעמי. כמו כן, ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסיכום הנתבעים לסיכום האמור בכתב סילוק זה.
10. אני מתחייב/ת להגיש בקשה לדחיית כל תביעה בבית המשפט בגין התאונה ככל שהוגשה, כנגד המבוטחים ו/או המבטחות או קבלת תוקף של פסק דין בתביעה כאמור בכתב קבלה זה ולבקש פטור מיתרת האגרה.
11. ידוע לי ואני מסכים/מה כי במידה וקיים לי חוב כלפי המבטחת, הוא ינוכה מהסכום, בהתאם ובכפוף להודעת קיזוז שתשלח אלי כדין.
12. הצדדים מסכימים כי אין בתשלום ו/או בקבלתו משום הודאה בזכויות ו/או במקצת הזכויות ו/או תביעות התובע מכל סוג, לרבות טענות בדבר עצם החבות ו/או האחריות ואין בו כדי לגרוע מטענות הנתבעים, לרבות טענות התיישנות ו/או כדי להפסיק מירוחן ההתיישנות במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958.
13. נבקשכם להפקיד את הסכום לחשבון בנק אוצר החיל ע"ש אריאל פיירר סניף 377 סת שמספרו 733470 (נא לצרף צילום המחאה מבוטלת).

¹ בהתאם להגדרת המונח "הפרשי הצמדה וריבית" בסעיף 1 לחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א - 1961
² בהתאם להגדרת המונח "הפרשי הצמדה וריבית" בסעיף 1 לחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א - 1961

מספר תביעה: 185221986/1

263

עמוד 2 מתוך 3

כלל חברה לביטוח בע"מ | מערך התביעות

משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב | מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מערך התביעות לשיחתך: *6564 | www.clal.co.il



14. יודגש כי תביעה לתגמולי הביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 5 לחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3ג לפקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל-1970 תהיה תקופת התיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברת הביטוח כדי לעצור את מרון ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרון ההתיישנות.

מועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לטענותיך, כפי שעולה מהמסמכים שהגשת הינו יום 16.08.2020

ההצעה לסילוק התביעה לפי כתב סילוק זה תקפה למשך 60 יום מהתאריך הנקוב בו. ככל שלא יוחזר כתב הסילוק למבטחת בתוך המועד הנ"ל כשהוא חתום כנדרש, תפקע ההצעה ולא יהיה לכתב הסילוק כל תוקף אלא אם הסכימה המבטחת לקבל אותו, למרות חלוף המועד.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך 2/8/21 חתימה [Signature]

עד לחתימה - שם אילן מירר תז 066630930 חתימת עד [Signature]

אימות

אני הח"מ אילן מירר עו"ד, מ.ר. 62254 מרח' אילן מירר מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי כתב הסילוק דלעיל נחתם בנוכחותי בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל, אשר זיהיתו על פי תעודת זהות / המוכר לי באופן אישי, מרצונו הטוב והחופשי ולאחר שהסברתי לו/ה היטב את תכנו ואת כל התוצאות הנובעות ממנו ולאחר שקרא/ה והצהיר/ה בפני כי הבינו/ה והסכים/ה לכל האמור בו.

עו"ד אריאל פריינד
מסי רשיון: 62254

6
חתימה [Signature]

2.8.21

תאריך

יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

מספר תביעה: 185221986/1

263

עמיד 3 מתוך 3

כלל חברה לביטוח בע"מ | מערך התביעות

משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב | מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מערך התביעות לשיחות: *6564 | www.clal.co.il

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי להודות באחריות
מבלי לפגוע בטענות התיישנות

לידני:

לקוח/ה יקר/ה,

מצ"ב:
עו"ד-מכתב יוצא כללי
צד ג-כתב סילוק לא חתום

מס' דפים: 4

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון מס' 03-6387194, בפקס 077-6383149 או במייל שכתובתו clal-hova@Clal-Ins.co.il

בברכה,
אורלי אסלן
מיישב/ת תביעות
מחלקת תביעות חובה
כלל חברה לביטוח בע"מ



תאריך: 21.07.2021

מבלי לפגוע בזכויות
ומבלי להודות באחריות
ומבלי לפגוע בטענת התיישנות

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג

הנדון: מספר תביעה 1/185221986

תאריך אירוע: 16.08.2020
שם מבטוח: דני דמיטרי קורנבליט
שם הנפגע: דני דמיטרי קורנבליט

- רצ"ב כתב קבלה וויתור. עם קבלתו חתום ומאושר נבצע התשלום.
- התשלום יבוצע בהעברה ישירות לחשבון הבנק שלך.
נא מלא/י פרטי החשבון במלואם במקום המיועד לכך בכתב.
- הפיצוי כפוף לצילום המחאה

יודגש כי תביעה מתיישנות על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 5 לחוק ההתיישנות התשי"ח, 1958 (1). מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3ג לפקודת הביטוח תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים.

נבהיר, כי אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

מועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לטענותיך כפי שעולה מהמסמכים שהגשת הינו יום 16.08.2020.

אין באמור לעיל משום הודאה בטענה כלשהי ולא ויתור על טענה כלשהי העומדת לנו ו/או למבטוחנו על פי כל דין ו/או על פי תנאי הפוליסה.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון מס' 03-6387194, בפקס 077-6383149, או במייל שכתובתו clal-hoya@Clal-Ins.co.il

בברכה,
אסלן אורלי
מיישב/תביעות
מחלקת תביעות חובה
כלל חברה לביטוח בע"מ



תאריך: 20.07.2021

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי להודות באחריות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות

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

לקוח/ה יקר/ה,

הנדון: הודעה על קבלת מסמך

תביעה מספר 1/185221986, פוליסה מספר 70464931
שם המוצר: פוליסה לביטוח רכב חובה
ענף הביטוח: ביטוח רכב חובה, סיווג התכנית: אישי
שם התובע: דני דמיטרי קורנבליט, ת.ז. 308836063
תאריך אירוע: 16.08.2020
מספר רישוי: 61770101

הרינו לאשר קבלת מכתבכם מיום 29.6.21 בכל פנייה אלינו נא לציין את מספר התביעה.
אנו בודקים את נסיבות האירוע והכיסוי הביטוחי.

בהמשך לתביעה הנ"ל אנו מבקשים לעדכן כי עד לתאריך מכתב זה התקבלו בידינו המסמכים הבאים:

• דרישה כספית בצירוף מסמכים

- טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות חתום ומאושר כדין
- יפוי כוח חתום ומאושר
- אישור משטרה
- תיעוד רפואי

בכדי שנוכל לטפל בתביעה, הן מתבקש/ת להמציא את המסמכים החסרים אשר נדרשו ממך וטרם הומצאו ו/או המסמכים הנוספים הבאים:

- דף פרטים
- צילום תעודת זהות וספח ו/או צילום דרכון
- מסמכים נוספים
- בהתייעצות עם רופא מטעמנו אין מקום לטענת נכות. נסכים לשפר ההצעה
לסך כולל של 23.000 שח.

המסמכים המבוקשים חיוניים ובלעדיהם לא ניתן לטפל בתביעתך. לפיכך, ככל שלא נקבל מסמכים אלה בתוך 45 יום ממועד מכתבנו זה נאלץ לסגור את תיק התביעה. באפשרותך יהיה לשוב ולפתוח את תיק התביעה מחדש, כשתהיה מעוניין בכך, באמצעות העברת כל המסמכים הדרושים. יובהר למען הסדר הטוב כי אין באמור כדי לגרוע מטענת התיישנות כמפורט להלן.



יודגש כי תביעה מתיישנת על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 5 לחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 (1). מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3 ג לפקודת הביטוח תהיה תקופת התיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים

לתשומת לבך, אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

מועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לטענותיך, כפי שעולה מהמסמכים שהגשת הינו יום 16.08.2020.

כל האמור לעיל, הינו בהתאם לעובדות ולמידע הידועים לנו, ואנו שומרים על זכותנו להעלות טענות נוספות, בכפוף להוראות הדין, ככל שיגיע לידינו מידע נוסף.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה במלפון מס' 03-6387194, בפקס 077-6383149, או במייל שכתובתו clal-hova@Clal-Ins.co.il

בברכה,
אורי אסלן
מיישב/ת תביעות
מחלקת תביעות חובה
כלל חברה לביטוח בע"מ



תאריך: 21.07.2021
מספר תביעה: 185221986/1
שם מטפל: אורלי אסלן

כתב סילוק סופי ומלא - לנכע

אני הח"מ דני דמיטרי קורנבליט נושא מס' זיהוי 308836063 שכתובתי היא ע"י עו"ד אריאל פרייברג (להלן "התובע") מאשר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 16.08.2020 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים ב. (להלן "התאונה") אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענותי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

והואיל ונתגלעו חילוקי דעות בין הצדדים לגבי תביעה שהגשתי לעניין התאונה, באחי לידי הסכם סופי וגמור עם דני דמיטרי קורנבליט (להלן "המבוטחים") ועם **כלל חברה לביטוח בע"מ** (להלן "המבטחת") לקבלת פיצויים כמפורט להלן, **וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותיי ודרשותיי מכל מין וסוג כלשהו, בעבר, בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה.**

אי לכך, הנני מאשר/ת מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:

1. הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבוטחים והמבטחת (להלן "הנתבעים") באמצעות עו"ד אריאל פרייברג הינו סך של 26000.00 ש"ח (עשרים ושישה אלף ש"ח) הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן "הסכום") וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
2. תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר/ת בזה לחלוטין ומוחלט/ת באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותיי ותביעותיי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד, ועל פי כל חיקוק שיתקן או יבוא במקום דין הקיים היום או שיחוקק בעתיד, ואין לי ולא תהייה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי הנתבעים ו/או כל נושא משרה ו/או בעל תפקיד בהם. מובהר כי הסכום מהווה סכום סופי וכולל, לרבות כל טענה לעניין הפרשי הצמדה ו/או ריבית.
3. הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את הנתבעים או מי מהם ו/או מי מטעמם, סיד עם דרישתם הראשונה בגין כל דרישה ו/או תביעה שתוגש כנגדם, או נגד כל אחד מהם לחוד, בגין כל סכום שידרשו לשלם בגין התאונה ו/או תביעת שיבוב שתשולם על ידם לאדם או גוף שהיטיבו נזקי בגין נזק עבורו קבלתי פיצוי מהנתבעים עקב התאונה הנ"ל, ובלבד שסכום השיפוי לא יעלה על הסכום ששולם ע"י הנתבעים. על אף האמור, המבטחת מתחייבת שלא לדרוש שיפוי מהתובע בגין הוצאות רפואיות עבור שירותים הכלולים בסל הבריאות, שניתנו במסגרת הרפואה הציבורית, הנובעים מהתאונה, ואולם מובהר למען הסדר הטוב כי אין באמור כדי להודות בחבות המבטחת בגין הוצאות כאמור, אשר הוראות בקשר אליהם הוסדרו בחוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום התכנית הכלכלית לשנים 2009 ו-2010) התשס"ט.
4. מוצהר בזה כי הסכום כולל פיצוי גם בגין הוצאות רפואיות עתידיות שאינני זכאי/ת להן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994, ככל שאינה זכאי/ת לפיצוי כזה.
5. א. ידוע לי, כי הפיצויים על פי מסמך זה מבוססים על כך שהתאונה אינה מהווה "תאונת עבודה". אני מצהיר/ה ומתחייב/ת, כי לא פניתי ולא אפנה בדרישות מכל סוג ומין למוסד לביטוח לאומי, הכרוכות או הנובעות מהתאונה ו/או מהנזקים שנגרמו לי ממנה למעט.
ב. אם אפר התחייבות זו, ובכל זאת אגיש/ תביעה למל"ל בקשר לתאונה ואקבל פיצוי ו/או גמלה ו/או כל קצבה מהמל"ל בקשר לתאונה למעט, הנני מתחייב/ת להשיב לנתבעים מיד עם דרישה כל סכום שקיבלתי מהמל"ל ושאיני זכאי/ת לקבל מהמל"ל עקב התאונה עד לסכום ששולם לי ע"י הנתבעים.
- ג. הנני מאשר/ת, מצהיר/ה ומסכים/מה בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום, תקבול או גמלה כלשהי בגין התאונה למעט, הרי ניתנה בזאת מראש הסכמתי כי יחול עלי האמור בסעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה - 1995, וניתנת בזאת מראש רשות מטעמי למוסד לביטוח לאומי לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל. כל זאת, מבלי לפגוע בזכויות השיפוי שיש לנתבעים כלפי עפ"י שטר קבלה זה.
6. אני מאשר/ת כי ידוע לי שאין בתשלום הנ"ל הודאה מצד המבטחת ו/או המבוטחים בחבות כלשהי בקשר למקרה הנ"ל, לרבות בנוגע לחבות מכוח כל פוליסה אחרת, של המבטחת.
7. מובהר כי תשלום הסכום יבוצע תוך 30 יום ממועד קבלת כל הנתונים ו/או המסמכים הבאים במשרדי המבטחת, לפי המאוחר מבניהם: כתב סילוק זה חתום ומאוتمד כדין; פרטי חשבון בנק להעברת הסכום כולל העתק המחאה מבוסלת; החלטת בית המשפט הנותנת תוקף של פסק דין להסכם הפשרה נשוא כתב סילוק זה (ככל שרוגשה בקשה כאמור לאישור

מספר תביעה: 185221986/1

263

עמוד 1 מתוך 3



14. יודגש כי תביעה לתגמולי הביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 5 לחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3ג לפקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל - 1970 תהיה תקופת התיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

מועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לטענותיך, כפי שעולה מהמסמכים שהגשת הינו יום 16.08.2020

ההצעה לסילוק התביעה לפי כתב סילוק זה תקפה למשך 60 יום מהתאריך הנקוב בו. ככל שלא יוחזר כתב הסילוק למבטחת בתוך המועד הנ"ל כשהוא חתום כנדרש, תפקע ההצעה ולא יהיה לכתב הסילוק כל תוקף אלא אם הסכימה המבטחת לקבל אותו, למרות חלוף המועד.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימה _____ X

עד לחתימה - שם _____ ת.ז. _____ חתימת עד _____

אימות

אני הח"מ _____ עו"ד, מ.ר. _____ מרח' _____ מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי כתב הסילוק דלעיל נחתם בנוכחותי בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל, אשר זיהיתיו על פי תעודת זהות / המוכר לי באופן אישי, מרצונו הטוב והחופשי ולאחר שהסברתי לו/ה היטב את תכנו ואת כל התוצאות הנובעות ממנו ולאחר שקרא/ה והצהיר/ה בפני כי הבינה/ה והסכים/ה לכל האמור בו.

_____ חתימה

_____ תאריך

* יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

מספר תביעה: 185221986/1

263

עמוד 3 מתוך 3

כלל חברה לביטוח בע"מ | מערך התביעות

משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב | מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מערך התביעות לשירות: *6564 | www.cfal.co.il

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 25/07/2021 18:40
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	25/07 18:39
FAX NO. /NAME	5327249
DURATION	00:00:28
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD
	ECM

ate: 21/07/2021 Time: 12:33 To: 077-3180983 @ 77077-3180983
 Page: 003

כלכל
 ביטוח ופיננסים

תאריך: 21.07.2021
 מספר תביעה: 185221986/1
 שם מטפל: אורלי אסלן

כתב סילוק סופי ומלא - לופגע

אני הח"מ דני דמיטרי קורנבליט נושא מס' זיהוי 308836063 שכתובתי היא ע"י עו"ד אריאל פרייברג (להלן "הנתבע") מאשר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 16.08.2020 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים ב, (להלן "התאונה") אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

והואיל ונתגלעו חילוקי דעות בין הצדדים לגבי תביעה שהגשתי לעניין התאונה, באתי לידי הסכם סופי וגמור עם דני דמיטרי קורנבליט (להלן "המבוטחים") ועם כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטחת") לקבלת פיצויים כמפורט להלן, וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותיי ודרישותיי מכל מין וסוג כלשהו, בעבר, בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה.

אי לכך, הני מאשר/ת מצהיר/ת ומתחייב/ת כדלקמן:

- הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבוטחים והמבטחת (להלן "הנתבעים") באמצעות עו"ד אריאל פרייברג הינו סך של 26000.00 ש"ח (עשרים ושישה אלף ש"ח) הכולל שכ"ט עו"ד וסע"מ (להלן "הסכום") וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
- תמורת הסכום וקבלתו הני מוותר/ת בזה לחלוטין ומוחל/ת באופן סופי ומוחלט על כל זכויותיי, דרישותיי ותביעותיי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד, ועל פי כל חיקוק שיתקן או יבוא במקום דין הקיים היום או שיחוקק בעתיד, ואין לי ולא תהייה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי הנתבעים ו/או כל נושא משרה ו/או בעל תפקיד בהם. מובהר כי הסכום מהווה סכום סופי וכולל, לרבות כל טענה לעניין הפרשי הצמדה ו/או ריבית.
- הני מתחייב/ת לפצות ולשפות את הנתבעים או מי מהם ו/או מי מטעמם, סיד עם דרישתם הראשונה בגין כל דרישה ו/או תביעה שתוגש כנגדם, או נגד כל אחד מהם לחוד. בגין כל סכום שידרשו לשלם בגין התאונה ו/או תביעת שיבוב שתשולם על ידם לאדם או גוף שהיטיבו נזקי בגין נזק עבורו קבלתי פיצוי מהנתבעים עקב התאונה הנ"ל, ובלבד שסכום השיפוי לא יעלה על הסכום ששולם ע"י הנתבעים. על אף האמור, המבטחת מתחייבת שלא לדרוש שיפוי מהנתבע בגין הוצאות רפואיות עבור שירותים הכלולים בסל הבריאות, שניתנו במסגרת הרפואה הציבורית, הנובעים מהתאונה, ואולם מובהר למען הסדר הטוב כי אין באמור כדי להודות בחבות המבטחת בגין הוצאות כאמור, אשר הוצאות בקשר אליהם הוסדרו בחוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום התכנית הכלכלית לשנים 2009 ו-2010) התשס"ט.
- מוצהר בזה כי הסכום כולל פיצוי גם בגין הוצאות רפואיות עתידיות שאינני זכאי/ת להן לפי חוק ביטוח בריאות מסלכתי תשנ"ד - 1994, ככל שאהיה זכאי/ת לפיצוי כזה.



תאריך: 21.07.2021

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי להודות באחריות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות

לכבוד
אריאל פרייכר, עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן 5252204

לידי:

לקוח/ה יקר/ה,

הנדון: תביעה מספר 185221986/1
פוליסה מספר 70464931
שם המוצר: פוליסה לביטוח רכב חובה
ענף הביטוח: ביטוח רכב חובה, סיווג התכנית: אישי
שם מבוטח דני דמיטרי קורנבליט
שם התובע דני דמיטרי קורנבליט, ת.ז. 308836063
תאריך אירוע 16.08.2020, סוג אירוע תאונה

מצ"ב:
עו"ד-מכתב יוצא כללי
צד ג-כתב סילוק לא חתום

מס' דפים: 4

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון מס' 03-6387194, בפקס 077-6383149, או במייל שכתובתו
clal-hova@Clal-Ins.co.il

בברכה,
אורלי אסלן
מיישב/ת תביעות
מחלקת תביעות חובה
כלל חברה לביטוח בע"מ



תאריך: 21.07.2021

מבלי לפגוע בזכויות
ומבלי להודות באחריות
ומבלי לפגוע בטענת התיישנות

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג

הנדון: מספר תביעה /1 185221986

תאריך אירוע: 16.08.2020
שם מבוסח: דני דמיטרי קורנבליט
שם הנפגע: דני דמיטרי קורנבליט

- רצ"ב כתב קבלה וויתור. עם קבלתו חתום ומאושר נבצע התשלום.
- התשלום יבוצע בהעברה ישירות לחשבון הבנק שלך.
נא מלא/י פרטי החשבון במלואם במקום המיועד לכך בכתב.
- הפיצוי כפוף לצילום המחאה

יודגש כי תביעה מתיישנות על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 5 לחוק ההתיישנות התשי"ח, 1958 (1). מקרה ביטוח שאירע באזורים ונשטחים המפורטים בסעיף נג לפקודת הביטוח תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים.

נבהיר, כי אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

מועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לטענותיך כפי שעולה מהמסמכים שהגשת הינו יום 16.08.2020.

אין באמור לעיל משום הודאה בטענה כלשהי ולא ויתור על טענה כלשהי העומדת לנו ו/או למבוסחנו על פי כל דין ו/או על פי תנאי הפוליסה.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון מס' 03-6387194, בפקס 077-6383149, או במייל שכתובתו clal-hova@Clal-Ins.co.il

בברכה,
אסלן אורלי
מיישב/ת תביעות
מחלקת תביעות חובה
כלל חברה לביטוח בע"מ



- בית המשפט); וכי אם תשלום הסכום יבוצע לאחר 30 יום ממועד קבלת כל המסמכים כאמור, יישא הסכום הפרשי הצמדה וריבית.
8. ידוע לי ואני מסכים/מה שתשלום הסכום יבוצע בכפוף להוראות כל דין, לרבות הוראות בדבר עיקול, ככל שיוטל ו/או הוטל על כספים המגיעים לי מאת הנתבעים. הנני מאשר/ת ומסכים/מה כי במקרה זה ועל אף האמור לעיל הסכום יועבר לידי רק לאחר ביטול המניעה החוקית, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית.
9. הנני מצהיר/ה כי חתימתי על כתב סילוק זה מהווה אישור לסיכום שהושג כאמור בין הצדדים וכי הצהרותיי והתחייבויותיי אלו הינן בלתי חוזרות והן תחייבנה את כל מי שיבוא במקומי ו/או מטעמי. כמו כן, ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו הנתבעים לסיכום האמור בכתב סילוק זה.
10. אני מתחייב/ת להגיש בקשה לדחיית כל תביעה בבית המשפט בגין התאונה ככל שהוגשה, כנגד המבוטחים ו/או המבטחת או קבלת תוקף של פסק דין בתביעה כאמור בכתב קבלה זה ולבקש פטור מיתרת האגרה.
11. ידוע לי ואני מסכים/מה כי במידה וקיים לי חוב כלפי המבטחת, הוא ינוכה מהסכום, בהתאם ובכפוף להודעת קיזזה שתשלח אלי כדין.
12. הצדדים מסכימים כי אין בתשלום ו/או בקבלתו משום הודאה בזכויות ו/או במקצת הזכויות ו/או תביעות התובע מכל סוג, לרבות טענות בדבר עצם החבות ו/או האחריות ואין בו כדי לגרוע מטענות הנתבעים, לרבות טענות התיישנות ו/או כדי להפסיק מירוח ההתיישנות במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958.
13. נבקשכם להפקיד את הסכום לחשבון בנק _____ ע"ש _____ סניף _____
שמטפרו _____ (נא לצרף צילום המחאה מבוטלת).

י בהתאם להגדרת המונח "הפרשי הצמדה וריבית" בסעיף 1 לחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א - 1961
ז בהתאם להגדרת המונח "הפרשי הצמדה וריבית" בסעיף 1 לחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א - 1961

מספר תביעה: 185221986/1

263

עמ"ד 2 מתוך 3

כלל חברה לביטוח בע"מ | מערך התביעות

משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב | מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מערך התביעות לשיחות: *6564 | www.clal.co.il



תאריך: 24.06.2021

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי להודות באחריות
מבלי לפגוע בטענות התיישנות

לכבוד
אריאל פרייברג, ע"ד
אבא הלל 7
רמת גן 5252204

29.6.21 - שלא שגב כהנא

לקוח/ה יקר/ה,

הנדון: הודעה על קבלת מסמך

תביעה מספר 1/185221986, פוליסה מספר 70464931
שם המוצר: פוליסה לביטוח רכב חובה
ענף הביטוח: ביטוח רכב חובה, סיווג התכנית: אישי
שם התובע: דני דמיטרי קורנבליט, ת.ז. 308836063
תאריך אירוע: 16.08.2020
מספר רישוי 61770101

הרינו לאשר קבלת מכתבכם מיום 14.6.21 בכל פנייה אלינו נא לציין את מספר התביעה.
אנו בודקים את נסיבות האירוע והכיסוי הביטוחי.

בהמשך לתביעה הנ"ל אנו מבקשים לעדכן כי עד לתאריך מכתב זה התקבלו בידינו המסמכים הבאים:

- דרישה כספית בצירוף מסמכים
- טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות חתום ומאושר כדין
- יפוי כוח חתום ומאושר
- אישור משטרה
- תיעוד רפואי

בכדי שנוכל לטפל בתביעה, הן מתבקש/ת להמציא את המסמכים הבאים:

- דף פרטים
 - צילום תעודת זהות וספח ו/או צילום דרכון
 - מסמכים נוספים
- לצרכי פשרה בלבד, אנו מציעים לסילוק תביעת מרשן סך כולל של 14.000 שח כפוף למבוקש.

המסמכים המבוקשים חיוניים ובלעדיהם לא ניתן לטפל בתביעתך. לפיכך, ככל שלא נקבל מסמכים אלה בתוך 45 יום ממועד מכתבנו זה נאלץ לסגור את תיק התביעה. באפשרותך יהיה לשוב ולפתוח את תיק התביעה מחדש, כשתהיה מעוניין בכך, באמצעות העברת כל המסמכים הדרושים. יובהר למען הסדר הטוב כי אין באמור כדי לגרוע מטענות התיישנות כמפורט להלן.

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv., Mediator

7 Abba Hillel Rd., Silver Tower
Ramat Gan 5252204
Tel: 03-7412358; Fax: 077-3180983

Frei.ariel@gmail.com

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

דרך אבא הילל 7, בית סילבר
רמת גן 5252204
טל': 03-7412358; פקס': 077-3180983

ג' תמוז תשפ"א
13 יוני 2021

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

שלח כדואר

לכבוד
כלל חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות גוף חובה
מרח' ראול ולנברג 36
תל אביב 4951132

בדוא"ל: clal-hova@clal-ins.co.il

א.ג.נ.,

הנדון: תאונה מיום 16.8.2020
רכב מ.ר. 101-70-617
הנפגע: דני קורנבליט, ת.ז. 308836063

- ביום 16.8.20 בשעה 11:30 או בסמוך לכך, ברחוב יוספטל בבת ים, היה הרכב שבנדון, אשר היה נהוג ע"י מרשי מעורב בתאונה ומרשי נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
מצ"ב אישור משטרה, רישיון רכב, תעודת ביטוח חובה והודעה, מסומנים "1 - 6".
- לאחר התאונה פנה מרשי לקבלת טיפול רפואי שם אובחנו כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב. ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר מרשי לביתו בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.
מצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "7 - 9"
- מרשי המשיך במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים, הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה המשך מעקב רפואי, נטילת תרופות לשיכוך הכאב ומנוחה.
מצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "10 - 14"
- מרשי ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיבית במשך 4 חודשים בסיומה חל שיפור קל ברמת הכאב אך הוא נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר בעטיים הוחלט להפנותו לביצוע בדיקת ct המשך מעקב רפואי והפניה לביצוע טיפולי רפואה משלימה.
רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "15 - 23"
- בדיקת ct שביצע ביום 17.3.21 הדגימה בלט קטן הנושק לשק התקאלי בגובה C3-C4 ובלט שטוח בגובה C5-C6.
רצ"ב תוצאות בדיקת CT מסומנת "24".

6. נוכח הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר, כמו גם הממצאים האובייקטיביים נבדק מרשי ע"י רופא אורתופדי אשר החליט להפנותו בנוסף לטיפול רפואה משלימה לטיפול פיזיותרפיה ולהמשך טיפול במסגרת מרפאת כאב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "25-30"

7. מאז התאונה, סובל מרדי מכאבים ומהגבלה בתנועות הצוואר, בישיבה ממושכת, מקושי בהטיית הראש, מקשיי ריכוז והקרנת הכאבים לראש ולגפיים העליונים, מקושי בכיפוף, ובהרמת משאות, מקושי בביצוע תפקודים ידניים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
8. מרשי מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לכך גם בעתיד.
9. מרשי, עובד כמאבטח וממתין להתחלת לימודים אקדמיים. עבודתו כרוכה מעצם טיבה וטבעה משיבה ממושכת, ריכוז וכשירות פיזית. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה מרשי בביצוע עבודתו, הוא נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נמנע מלעבוד שעות נוספות ולקחת משמרות נוספות ונגרמו לו הפסדי שכר.
10. נוכח מגבלותיו מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק מרשי להוצאות בגין הסעות מיוחדות ומוניות ויזקק להוצאות אלה גם בעתיד.
11. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ובקשה למינוי מומחים אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי, על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובאלי בסך 80,000 ₪.
12. לחילופין, אודה לקבלת רשימת מומחים מוסכמים לצורך בדיקת מרשי וקביעת נכותו כתוצאה מהתאונה.
13. לעיונכם וקבלת עמדתכם העניינית אודה.

* לנוחותכם, מצורף בזאת יפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית חתומים בידי מרשי שבנדון.

בכבוד רב ובתודה,



**אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין**

ייפוי כוח

אני הח"מ ג'רניל ת.ז. 36062049 ממנה בזאת את עו"ד אח"כ סג"ר ו/או אח"כ סג"ר להיות בא כוחי בענין האג"ר ע"ס 2017

מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ראשי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולן ו/או מקצתן, הכל בקשר לעניין הנ"ל הנובע ממנו, כדלקמן:

1. לחתום ולהגיש כל בקשה, תגובה, ערר, בקשת רשות ערעור, ערעור, בקשה לדיון נוסף, בקשה לדיון חוזר, לבקשה לעיון חוזר, תביעה, הודעה וכל מסמך אחר הנוגע או נובע מההליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. להזמין עדים, למנות מומחים, להעתיק חומר חקירה ולעלות את כל הפעולות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים כיום והיו קיימים בעתיד, ופעולות בתוקף כל חוק או פרוצדורה אחרת שחלה או שתחול על העניין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד בדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לעניין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת הפעולות הנ"ל בפני כל בתי המשפט, בתי הדין או מוסדות אחרים ממשלתיים והן אחרים.
5. להודות או לכפור באשמה בנוכחות הנאשם ו/או בהיעדרו.
6. למסור כל העניין הנוגע או נובע מהעניין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמועיל.
7. להתפשר בכל עניין הנוגע או הנובע מהעניינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על פשרה כזו בבית המשפט או מחוצה לו, כולל הסדר טיעון בהליך הפלילי.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל עניין מהעניינים הנ"ל, לרבות הוצאות בית המשפט ושכר טרחת עורך דין, לקבל בשמי כל מסמך ו/או חפץ, ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פסק דין או החלטה או צו, לדרוש פקודת מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י הדין.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל עניין הנובע מהעניין הנ"ל.
11. להופיע בשמי ולייצגני בפני רשם הקרקעות, בלשכת רישום מקרקעין, לחתום בשמי ובמקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עסקה (דיספוזיציה) המוכרת ע"י החוק, וליתן הצהרות, קבלות ואישורים, ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י הדין.
12. לייצגני ולהופיע בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם אגודות שיתופיות, לחתום בשמי ובמקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או מחיקתו של כל גוף משפטי, ולטפל בכל דבר הנוגע לו, ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.
13. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן כל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.
14. לחתום ולשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל או פירוק.
15. להעביר ייפוי כוח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעורך דין עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את העניין הנ"ל לפי ראות עיניו, ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם העניין הנ"ל.

הנני מאשר/ת את מעשיו ו/או מעשי ממלאי המקום בתוקף ייפוי כוח זה מראש.

המילים הבאות ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום היום 6 לחודש מרץ 2019.

חתימה

הנני מאשר את חתימת מרשי/מרשתי הנ"ל

עו"ד

עו"ד אריאל גרניל

מס' רשמי: 62254

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
קורנל				
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
רובי	24	301136063		
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
16 כ"ה		כת		

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו 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 ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור 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 _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 52254

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

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה	יחידת בוחנים מחוז תא	מספר תיק פלא	2020 / 525322	
תאריך	18/08/2020 כ"ח אב תש"פ	סיווג תיק	ת.ד.	כללי
מס' תיק מסוף	9 - 2020 - 10501 - 2008	מס' מסמך בתיק	א	
טלפון	03-6802222	פקס	03-6803607	
כתובת	אמץ 2, תל אביב	מייל	bohanim.telaviv@police.gov.il	
נושא המסמך				

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 16/08/2020 בשעה 11:30
2. מקום התאונה: בת ים יוספטל בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	פרטי נוסעים
61770101	פרטי נוסעים	סוזוקי תאילנד	
כלל	חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		70464931	ישראלית
(1)	שיוך המעורב	שם	שנת לידה
נהג	ת.ז.	דני דמיטרי קורנבליט	02/08/1987
כתובת	קופ"ח / בית חולים	קופ"ח כללית	חומרת הפגיעה
בת ים, כהן אלי 24			

פרטי הרכב:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	פרטי נוסעים
1777967	מרכב אחוד	פולקסווגן גרמן	
מגדל	חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
		25109873619	ישראלית
(1)	שיוך המעורב	שם	שנת לידה
נהג	ת.ז.	רוני סייג	16/03/1962
כתובת	קופ"ח / בית חולים	קופ"ח כללית	חומרת הפגיעה
בת ים, גולומב 6			

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 18/08/2020

פרטי המטפל בתיק

שם פרטי	שם משפחה	מ"א
תהל	אלבז	1117902

פרטי השוטור המוסר

שם פרטי	שם משפחה	דרגה	מ"א
תהל	אלבז	רסמ	1117902

מוקד שירות לקוחות
24 שעות ביממה
טלפון מספר 03-9420440
או 5454 מכל מכשיר טלפון

העתק למבוטח - יישאר בידי המשלם
מספר הפוליסה 07046493100

תא סוכן
3061
סניף סוכן
6100

שם הסוכן	מספר הסוכן
מתיב סוכנות לביטוח	55582
מועד תחילת הביטוח:	מועד פקיעת הביטוח:
המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק,	28/02/2021
אין לא לפני תאריך	תאריך הוצאת התעודה
01/03/2020	11:17
מועד פקיעת הביטוח:	23/02/2020
במסגרת בתאריך	שעת ההוצאה
28/02/2021	
תאריך הוצאת התעודה	
11:17	
חותמת הבנק כלל - חברה לביטוח בע"מ שולם באמצעות בנק לאומי לישראל בע"מ תאריך 23/02/2020 שעה 11:17 סניף 800 חשבון 180/339509/18 קבלה 73-512498 בלי חותמת הבנק על תעודה זו - אין לה תוקף. אנו מאשרים בזה שהפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח.	

שם בעל הפוליסה	
קורנבליט דני דמיטרי	
מספר הדנה/ח"פ	מספר רישוי
308836063	61770101
כחן אלי 24 בת ים 5964428	מספר שלדה
שם הנהג הנקוב	199168
XXX	2019
מספר זהות הנהג הנקוב	נפח מנוע/הספק
XXX	998
מספר רישוי	משקל הרכב
61770101	1260
סוג הרכב ברישוי	סוג הרכב לביטוח
M-1	M-1
שם היצרן והדגם	סודקין סולרין GLX
שם הרכב	מטרת השימוש המותרות*
1	1
אין הרחבות לגבי היקף הכיסוי	הסיכונים והתביעות המבוטחים
1	1
יבתאם להגדרת סוג הרכב של משרד התחבורה והבטיחות בדרכים	יבתאם למספר בגב התעודה
סכום דמי הביטוח בש"ח	76516245
1,112	

ספת שאלות ותשובות ופירוט בדבר סחירות - פוליסה מס' 7046493100 לרכב מס' 61770101 לתקופה 28/02/2021 - 01/03/2020
החלטות על כריתת חובה הביטוח וחישוב דמי הביטוח נקבעו, בין היתר, בהתאם על הנתונים שמסר המבוטח, כפי שפורטו בתעודת הביטוח וכן על הנתונים המפורטים להלן ובהם נתוני מאגר המידע לאיתור הוגאות (להלן: "המאגר"):

שאלת החיפוש	הודעת המבוטח	נתוני המאגר*
א. נפח מנוע / משקל הרכב המבוטח:	998	998
ב. גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא:	32	-
ג. האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא:	זכר	-
ד. שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא:	2018	-
ה. מספר המאגרות שהביא לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא:	0	0
ו. מספר פטילות רישוי בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא:	0	-
ז. ברכב קיימת מערכת בקרת יציבות (ESP):	-	כן
ח. מספר כריתת אור ברכב הוא:	לא רלוונטי	לא רלוונטי
ט. ברכב קיימת מערכת התראה על אי שמירת מרחק (FCW):	לא רלוונטי	כן
י. ברכב קיימת מערכת התראה על סטייה מנתיב (LDW):	-	כן
יא. מספר נסיעות מירבי מותר:	לא רלוונטי	-
יב. האם הרכב מכלל מכשיר עבודה (מנוף, רכינה וכיו"ב) אחד או יותר:	לא רלוונטי	-
יג. האם הרכב מוביל מעט לעת חומרים מסוכנים?	לא רלוונטי	-

* במתייחס לנתונים הקיימים במאגר, החברה התבססה על נתוני המאגר. ערעור על נתוני המאגר במקרה של סחירות בין הודעת המבוטח לנתוני המאגר, ניתן להגיש בהתאם ל"חוקל הגנה ונזק" לנתוני מעגר עותדור היענות" ומפורטים במאגר "המאגר".

קטגוריות כלי הרכב

A	A2	🏍️
A	A1	🏍️
A	A	🏍️
B		🚗 2018
C	C1	🚚
C	C	🚚

Restrictive Conditions of Use
W DRIVER
TOMATIC GEAR

IL 308836063

D	D	🚚
D	D1	🚗
D	D2	🚚
D	D3	🚚
E		🚚
1	1	🚚

308836063
25/12/2018/3883



DRIVING LICENCE
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



קורנבליט
1. KORENBLIT
דני דמיטרי
2. DANI DMITRIY
02.08.1987

DK



4a.12.12.2010
4d.ID 308836063
6063
כחן אלי 24 בת ים

6063

9. B

נהג חדש
מוגבל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית

לנוחיותך ותשומת ליבך, הנך רשאי לפנות לאחד ממסמכי ההסדר של כלל וליהנות מהנחה בהשקטות העצמית, לפרטים אנא פנה לטל 077-6385555.

מספר רישוי	מוסר מתקן
שם המוסר	שם הסוכן

מטעמי נוחות בלבד נכתב טופס זה בלשון זכר אך פנייתו אל נשים וגברים כאחד

נספח ב' - הודעה על מקרה ביטוח - רכב

1. פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
דני - רמתי	קורני	308836063
מספר טלפון נייד	מספר טלפון בבית	
0524532579	03-6597403	
מיקוד	עיר	מספר בית
5964421	נתניה	24 ב'
אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי* ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.		דוא"ל
* במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.		dani.kor@bezeqint.net
		או

☐ אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות:

☐ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) ☐ דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון 5454*

2. פרטי הנהג ברכב בעת המקרה

תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
02 08 1987	דני - רמתי	קורני	308836063
מספר טלפון נייד	מספר טלפון בבית		
0524532579	03-6597403		
דואר אלקטרוני	מיקוד	עיר	מספר בית
dani.kor@bezeqint.net	5964421	נתניה	24 ב'
תאריך הוצאת רישיון נהיגה	בתוקף עד	סוג / דרגת רישיון	
	17/02/2021	B	



3. פרטי הרכב

רשום על שם	שנת ייצור	דגם	יצרן
פני-דפוס קוויבאליט	2019	LFE 425	סומקי קוויבאליט
הרכב משועבד / מעוקל לטובת		סוג הרכב	
פרטי ☒ מסחרי ☐ מונית ☐ גורר / נגרר ☐ אוטובוס ☐ אחר: _____			

4. פרטי התאונה

[illegible]

5. כלי הרכב המעורבים (פרטי צד ג')

סוג הרכב		שנת ייצור		יצרן	דגם	צבע	מספר רישוי
מסחרי / מונית / גורר / גורר / אוטובוס / אחר		2008		פולקסווגן	קאמפ	אזן	1777967
שם בעל הרכב		מספר זהות		כתובת		מספר טלפון נייד	
ד"ר ס"ח		1771494574		רחומה 6, בת-ים		0547720143	
שם הנהג		מספר זהות		כתובת		מספר טלפון נייד	
סוג הביטוח		מספר פוליסה		סוכן / טלפון		שם חברת הביטוח	
מקיף / צד ג' / חובה		25109873619				אסל	

6. ופגע'ם

האם באירוע קיימים נפגעים? כן ☒ לא ☐



7. עדים למקרה

שם משפחה ושם פרטי	כתובת	מספר טלפון יידי	קרבה לבעל הפוליסה

8. פרטי חשבון בנק (נא צרף צילום המחאה מבוטלת)

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה:

שם בעל החשבון	מספר זהות	כתובת למשלוח הודעת זיכוי
צ'ני-צ'אן קונפלי	308836063	רח' כנ' 24, תל-אביב
שם בנק	מס' בנק	שם סניף
הפועלים	12	רח' יסל- (יפן)
		מספר חשבון
		611466 (יפן)
		611461 (תצפ)

* ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוח. לידעתי, חברתנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלוח המחאה לפקודתך לכתובת המצוינת בערכת תביעה זו.

תאריך: 16/08/2020
חתימת בעל החשבון: X

שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות

9. הצהרות

אני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח, מיד עם קבלת הודעה/תביעה כלשהי בקשר לתאונה הנ"ל, מכל גורם שהוא. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי היום נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. אני מאשר כי הובא לידיעתי ואני מסכים כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בנושא הביטוח וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים בקבוצת "כלל ביטוח", מאגרי מידע המשמשים את ענף הביטוח בארץ, וכן ככל הנדרש על-פי כל דין.

הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי. הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.

תאריך: 16/08/2020
מספר זהות: 308836063
שם: צ'ני-צ'אן קונפלי
חתימה: X



16/08/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי		00-30883606-3		ז	02/08/1987	סימון
מס זהות		גיל	33.00	מין	ת. לידה	שם האב
בת ים	כהן אלי	24 / 13		4532579	52	3 - 6597403
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון		טלפון נוסף

16/08/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 16/08/2020
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל
גורם מפנה: פניה עצמית

תאריך תאונה: 16/08/2020

תלונות/סיבת הפניה: 16/08/2020; בן 33, שולל רגישות לתרופות. היום בשעה 11:30 היה מעורב בת"ד אחורית. תלונות כאבי צוואר. שולל אובדן הכרה, הקאות

בדיקה גופנית: בהכרה מלאה, ראש ללא סימני חבלה. אישונים שווים. רגישות קלה בצוואר אחורי משמאל. חזה, בטן ללא רגישות. ללא חוסר נירולוגי

קוד	איפיון	אבחנה
E813	16/08/2020	ROAD ACCIDENT
8470		WHIPLASH INJURY

תרופות בביקור

תרופה	מנה	הגשה	יחידה	פ	משך D	סה"כ	OP	נ	ק	ח	עד	מ	P
ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37	1	TAB	טבליות	2	D 5	10	יחידה	N	ר	0		1	PD
DIPYRONE DRP 500MG/1ML 500MG/1ML	40	DRP	טיפות	2	D 5	1	יחידה	N	ר	0		1	PD

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	תרופה
					ZALDIAR 37.5MG/325MG (20) TAB 37
					DIPYRONE DRP 500MG/1ML 500MG/1ML

אישור מחלה	אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
		11	16/08/2020	18/08/2020	הודפס

סכום והמלצות: משככי כאבים
מנוחה
ביקורת אורטופד על פי הצורך

בברכה,

ד"ר (רופא) ולרי ספרוב

35924

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא



סיכום ביקור

קורנבליט דני דמיטרי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

16/08/2020

00-30883606-3 הודפס ע"י ד"ר (רופא) ולרי ספרוב

תאריך 16/08/2020

אישור מחלה

פרטי המטופל

קורנבליט דני דמיטרי	00-30883606-3	33.00	ז	02/08/1987	סימון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
כהן אלי	24 / 13	52	4532579	52	6597403 - 3
בית ים	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף	

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 16/08/2020

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 16/08/2020 עד תאריך 18/08/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 3

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר (רופא) ולרי ספרוב
שם הרופא
35924
מספר רשיון
נחתם דיגיטלית **
חתימה וחותמת הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

תאריך 18/08/2020

סיכום ביקור

פרטי המטופל

00-30883606-3	33.00	ז	02/08/1987	סימון	קורנבליט דני דמיטרי
מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב	שם משפחה ושם פרטי
24 / 13	52	4532579	3	6597403	כהן אלי
מס בית	טלפון	טלפון נוסף	ישוב	רחוב	בת ים

תאריך תאונה 16/08/2020

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 18/08/2020
 סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
 מהות הביקור: רגיל
 גורם מפנה: פניה עצמית

תלונות/סיבת הפניה: בא כי ממשיך עם כאבים בצוואר אחרי ת"ד

בדיקה גופנית: אין בעיה בשביל להזיז הצוואר אבל כן יש כאבים בצילומים אין רקטיפיקציה ללא דיסלוקציה ללא סימני שברים בחוליות

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לדימות	78184-צילום עמוד שדרה צוואר	H3		הודפס

סכום והמלצות: להמשיך טיפול עם נגד כאבים ביקורת אצל רופא אורתופדיה



בברכה,

ד"ר אברהם קרצנוס 98593

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



הזמנה

שם הלקוח:	דני דמיטרי קורנבליט	מספר זהות:	30883606-3
מועד הביקור:	24/08/20 יום ב' ד' אלול תש"פ	שעה:	11:50
שם הרופא:	מכלין רולן	מקצוע:	אורתופדיה
מרפאה:	בתימון - אורתופדיה - בת ים	טלפון:	03-5556555
כתובת:	הרב ניסנבאום 33, בת ים		
אוטובוסים:	אגד 11, 2/א 83, 84, 85, דן 6, 142		

הנחיות:

אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו. את התור ניתן לבטל:

- באינטרנט, באמצעות קוד משתמש אותו ניתן לקבל במרפאה
- התקשרות למוקד *2700
- התקשרות למרפאה

הרופא/ה מטפלים בילדים אך אינם מומחים לילדים. במידה והילד/ה הופנו "למומחה לילדים" יש להפנותו למרפאת האם.
יש להביא צילומים או תוצאות C.T/ M.R.I קודמים.

תאריך הדפסה: 18/08/2020 17:45:35

24/08/2020 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

קורנבליט דני דמיטרי	00-30883606-3	33.01	2	02/08/1987	סימון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
בת ים	כהן אלי	24 / 13	4532579	52	6597403 - 3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 16/08/2020

מספר הפניה: 33063042811

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063042811

תז נבדק



0308836063

רשיון רופא



036760

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

ROAD ACCIDENT

אבחנה משוערת

בעיות פעילות

מ. גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2013		VITAMIN D DEFICIENCY

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

ממצאים קליניים

תאריך הביקור: 18/08/2020 כירורגיה וטראומטולוגיה ד"ר אברהם קרצנוס.
בא כי ממשיך עם כאבים בצוואר אחרי ת"ד. אין בעיה בשביל להזיז הצוואר אבל
כן יש כאבים. בצילומים אין רקטיפיקציה ללא דיסלוקציה ללא סימני שברים
בחוליות.
- 24.08.20
פעמיים נבדק במחלקת טראומה לאחר מעורבות בתנועת דרכים - ללא

7 ה.ר.ו

פתולוגיה טראומתית חריפה. כיום - רגישות קלה בצוואר, בתכפיים. במצב כללי טוב. מתהלך חופשי. ללא מוגבלות ניכרת בתנועות צוואר, כתפיים. ללא קיפוח NV פריפרי גס בארבע גפיים. צילום צוואר - תקין.

ד"ר (רופא) רולן מכלין

36760

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

7 ה.ר.ו

הפניה לפיזיותרפיה
קורנבליט דני דמיטרי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

הודפס ע"י ד"ר (רופא) רולן מכלין 00-30883606-3

24/08/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

קורנבליט דני דמיטרי	00-30883606-3	33.01	ז	02/08/1987	סימון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בת ים	כהן אלי	24 / 13		52 -4532579	3 - 6597403
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

16/08/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 24/08/2020
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
מהות הביקור: רגיל

בדיקה גופנית:
תאריך הביקור: 18/08/2020 כירורגיה וטראומטולוגיה ד"ר אברהם קרצנוס.
בא כי ממשיך עם כאבים בצוואר אחרי ת"ד. אין בעיה בשביל להזיז הצוואר אבל כן יש כאבים. בצילומים אין רקטיפיקציה ללא דיסלוקציה ללא סימני שברים בחוליות.
24.08.20 -
פעמיים נבדק במחלקת טראומה לאחר מעורבות בתנועת דרכים - ללא פתולוגיה טראומתית חריפה. כיום - רגישות קלה בצוואר, בתכפיים. במצב כללי טוב.
מתהלך חופשי. ללא מוגבלות ניכרת בתנועות צוואר, כתפיים. ללא קיפוח NV פריפרי גס בארבע גפיים. צילום צוואר - תקין.

קוד	אפיין	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E813		ROAD ACCIDENT
7231	TRAUMATIC	PAIN NECK CERVICALGIA

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס

סיכום והמלצות: הופנה לפיזיותרפיה

משככי כאבים לפי הצורך
המשך מעקב וטיפול תסמיני ע"י רופא משפחה מטפל.

בברכה,

36760

ד"ר (רופא) רולן מכלין

חתימה וחוקת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

סיכום טיפול

פרטי המטופל

קורנבליט דני דמיטרי

שם משפחה ושם פרטי

גיל
שנה

כתובת

רחוב

00-30883606-3

מס זהות

33.04

גיל

ז

02/08/1987

ת. לידה

סימון

שם האב

24 / 13

מס בית

52 4532579

טלפון

טלפון מספר

מספר זיהוי הפניה 33063042811

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה 200533885

תאריך הפניה 24/08/2020

סוג הביקורים לסדרה 1 תאונת דרכים

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי ד"ר (רופא) רולן מכלין

מרפאה מרכז רפואי בת-ימן

מקצוע אורתופדיה

ת תאונה 16/08/2020

רשיון רופא 36760

אבחנה בהפניה

קוד
E813

איפיון

אבחנה

ROAD ACCIDENT

אבחנה לטיפול

קוד
8470

אבחנה

WHIPLASH INJURY

תאריך תחילת טיפול 30/09/2020 תאריך סיום טיפול 15/12/2020

מס' ביקורים בפועל 14 פרטני 14

מס' אי הופעות לטיפול 0

שימת כל הטיפולים:

כמות	טיפול
1	מבחן ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט
14	דרכה לתרגול בבית
2	ערכה מחדש- בדיקה
13	ובילוציות ותרגילים פסיכיים
13	רגול כללי
5	פול עם מכשיר זרמים
5	פול בגלים קצרים

מספר	איבר	צד	דרג בעת פתיחת הסידרה	דרג בעת סגירת הסידרה
4		דד צדד	5	

הערת מספול 2-שיפור חלקי

הערת שיפור במצבו מבחינת רמת הכאב, לא מוגבל תפקודית.
עדיין סובל מכאבים ואי נוחות

המספול ביקר במסגרת בתאריכים

15/12/2020
08/12/2020
01/12/2020
24/11/2020
16/11/2020
10/11/2020
03/11/2020
27/10/2020
20/10/2020
13/10/2020
08/10/2020
05/10/2020
01/10/2020
30/09/2020

מדינת ישראל שנה מחזית א-יפו
גל אשר מר, 10-104768
מנהל מסע פיזיותרפיה ורכז איכות מחוזי
מרכז לרפואה ויעוץ בת ימון
טל: 03-5556505 שלוחה 3

גל אשר

שם מספול

חתימה וחומת

08/03/2021 תאריך

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
קורנבליט דני דמיטרי	00-30883606-3	33.07	02/08/1987	סימון	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב	
בת ים	כהן אלי	24 / 13	52 - 4532579	3 - 6597403	
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

16/08/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32981020604

גורם שולח



2981

מספר הפניה



032981020604

תז נבדק



0308836063

רשיון רופא



016465

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.

לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT עמוד שדרה צוארי	10304010

ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 24/08/2020:
תאריך הביקור: 18/08/2020 כירורגיה וטראומטולוגיה ד"ר אברהם קרצנוס.
בא כי ממשיך עם כאבים בצוואר אחרי ת"ד. אין בעיה בשביל להזיז הצוואר אבל כן יש כאבים. בצילומים אין רקטיפיקציה ללא דיסלוקציה ללא סימני שברים בחוליות.
24.08.20 -
פעמיים נבדק במחלקת טראומה לאחר מעורבות בתנועת דרכים - ללא פתולוגיה טראומטית חריפה. כיום - רגישות קלה בצוואר, בתכפיים. במצב כללי טוב.
מתהלך חופשי. ללא מוגבלות ניכרת בתנועות צוואר, כתפיים. ללא קיפוח NV פריפרי גס בארבע גפיים. צילום צוואר - תקין.
08/03/2021
כאבים ממושכים בעש צווארי תנועות הופשיות מלוות בכאבים

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E813		ROAD ACCIDENT
7231	TRAUMATIC	PAIN NECK CERVICALGIA

ההפניות שהופקו ב 24/08/2020:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
08/03/2021

דיון/תוכנית טיפולית

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2013		VITAMIN D DEFICIENCY

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

CREATININE: 0.71 מתאריך 26/01/2021

16465

מספר רשיון

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

שם הרופא

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

הפניה לדימות

קורנבליט דני דמיטרי

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

08/03/2021

הודפס ע"י ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק 00-30883606-3

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מראפה: בת ימון - רופאים יועצים עצמאיים - בת ים

מחוז: ת"א

08/03/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל		קורנבליט דני דמיטרי	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	00-30883606-3	33.07
שם האב	ת. לידה	02/08/1987	ז' מין
בת ים	כחן אלי	24 / 13	ב
ישוב	רחוב	מס בית	מספר
טלפון	4532579	52	6597403 - 3
טלפון נוסף	טלפון	טלפון	טלפון
16/08/2020	תאריך תאונה	סוג תאונה	1 תאונת דרכים

גורם שולח
2981

מספר הפניה
032981020606

תז נבדק
0308836063

מספר רשיון
016465

לכבוד: מראפה לרפואה משלימה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E813		ROAD ACCIDENT
7231	TRAUMATIC	PAIN NECK CERVICALGIA

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 24/08/2020:
תאריך הביקור: 18/08/2020 כירורגיה וטראומטולוגיה ד"ר אברהם קרצנוס.
בא כי ממשיך עם כאבים בצוואר אחרי ת"ד. אין בעיה בשביל להזיז הצוואר אבל
כן יש כאבים. בצילומים אין רקטיפיקציה ללא דיסלוקציה ללא סימני שברים
בחוליות.
24.08.20 -
פעמיים נבדק במחלקת טראומה לאחר מעורבות בתנועת דרכים - ללא פתולוגיה
טראומתית חריפה. כיום - רגישות קלה בצוואר, בתכפיים. במצב כללי טוב.
מתהלך חופשי. ללא מוגבלות ניכרת בתנועות צוואר, כתפיים. ללא קיפוח NV
פריפרי גס בארבע גפיים. צילום צוואר - תקין.
08/03/2021:
כאבים ממושכים בעש צווארי תנועות הופשיות מלוות בכאבים

דיון/תוכנית טיפולית

ההפניות שהופקו ב 24/08/2020:
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
08/03/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ. גילוי	אפיון	בעיה
01/03/2013		VITAMIN D DEFICIENCY

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

חתימה וחותמת הרופא

16465
מספר רשיון

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק
שם הרופא

- 24.08.20

- 24.08.20

:08/03/2021

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

7 ר.ה.ס



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

מרשם

גיל: 33.07 מין: ז

קורנבליט דני דמיטרי

מס' זהות: 00-30883606-3

ביקור עקב תאונת דרכים

ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG

000074784

למשך 15 ימים סה"כ 30 יח

טבליות x1 2 ביום

תוקף מרשם: 07/06/2021 - 08/03/2021

מס' רישיון



016465

טלפון: 03-5550828

כתובת: הרב ניסבאום 33 - בת ים

חתימה וחותמת הרופא:

שם הרופא ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

תחום: אורתופדיה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תאריך הדפסה: 08/03/2021

סניף מור מגדל המאה ת"א
היחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)
טלפון: 03 - 7760100

תאריך הדפסה: 17 מרץ, 2021

תוצאות בדיקת C.T.

שם נבדקת: קורנבליט , דני דמיטרי
תאריך בדיקה: 11/03/2021
כתובת: בת ים , כחן אלי 0024
גורם מפנה: תל אביב-יפו
מדפיסה: אפ
טלפון: 052 - 4532579 052 - 4532579
רופא מפנה/מטפל: איזק גיורגי ג

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,
לחץ ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של עמוד שידרה צארי בגבהים C1-D1:

הבדיקה נעשתה בחתכים אקסיליים, בחלונות רקמה רכה ובחלונות עצם.
התווייה: כאבים בצוואר.

גובה ועמדת החוליות תקינה.
תבנית גרמית שמורה.

בגובה C1-C2: חשק הטקאלי שמור.

בגובה C2-C3: ללא בקע דיסק או ספינל סטנזיס. פורמינות שמורות.

בגובה C3-C4: בלט קטן נושק את חשק הטקאלי.

בגובה C4-C5: ללא בקע דיסק או ספינל סטנזיס. פורמינות שמורות.

בגובה C5-C6: בלט שטוח ללא דחיקת המבנים העצביים.

בגובה C6-C7: ללא בקע דיסק או ספינל סטנזיס. פורמינות שמורות.

בגובה C7-D1: ללא בקע דיסק או ספינל סטנזיס. פורמינות שמורות.

בסיכום: ממצאים דיסקופטים כמתואר.

בברכה,

ד"ר דן אביתר אורון
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ.ר. 20661 מ.ר.מ. 10277

לנבדקת- יש להעביר את תוצאת הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפל/ת לצורך המשך טיפול ומעקב.
יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1

19/04/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

קורנבליט דני דמיטר	00-30883606-3	33.08	ז	02/08/1987	סימון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
בן ים	כהן אלי	24 / 13	ב	52	3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 16/08/2020

גורם שולח
2150

מספר הפניה
032150050268

תז נבדק
0308836063

מספר רשיון
016465

לכבוד: מרפאה לרפואה משלימה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E813		ROAD ACCIDENT
7231	TRAUMATIC	PAIN NECK CERVICALGIA

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 08/03/2021
בדיקה גופנית מתאריך 24/08/2020
תאריך הביקור: 18/08/2020 כירורגיה וטראומטולוגיה ד"ר אברהם קרצנוס.
בא כי ממשיך עם כאבים בצוואר אחרי ת"ד. אין בעיה בשביל להזיז הצוואר אבל
כן יש כאבים. בצילומים אין רקטיפיקציה ללא דיסלוקציה ללא סימני שברים
בחוליות.
24.08.20 -
פעמיים נבדק במחלקת טראומה לאחר מעורבות בתנועת דרכים - ללא פתולוגיה
טראומתית חריפה. כיום - רגישות קלה בצוואר, בתכפיים. במצב כללי טוב.
מתהלך חופשי. ללא מוגבלות ניכרת בתנועות צוואר, כתפיים. ללא קיפוח NV
פריפרי גס בארבע גפיים. צילום צוואר - תקין.
08/03/2021:
כאבים ממושכים בעש צווארי תנועות הופשיות מלוות בכאבים
19/04/2021:
CT עש צווארי מראה
בצ34 בלט דיסק קטן עם לחץ על השק
בצ56 בלט דיסק שתוח ללא דחיקה של המיביניים עצביים

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/03/2021
ההפניות שהופקו ב 24/08/2020
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
08/03/2021:
ההפניות שהופקו ב 08/03/2021

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו , הפניה לפיזיותרפיה -
80015-פיזיותרפיה אבחון וב , טופס הפניה כללי - נוסח חופשי -
19/04/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2013		VITAMIN D DEFICIENCY

רגישות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		


חתימה וחותמת הרופא

מטרת ההפניה: מבקש קבלת החולה לבדיקה וטיפול

16465
מספר רשיון

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק
שם הרופא

19/04/2021 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל		קורנבליט דני דמיטרי	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
שם האב	00-30883606-3	33.08	02/08/1987
בת ים	כחן אלי	13 / 24 ב	52 -4532579
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
3	6597403 -	טלפון נוסף	52

16/08/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



2150

מספר הפניה



032150050267

32150050267

תז נבדק



0308836063

רשיון רופא



016465

מספר הפניה:

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

PAIN NECK CERVICALGIA

אבחנה משוערת

בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2013		VITAMIN D DEFICIENCY

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 08/03/2021
בדיקה גופנית מתאריך 24/08/2020
תאריך הביקור: 18/08/2020 כירורגיה וטראומטולוגיה ד"ר אברהם קרצנוס.

ס.ה.ר 7

בא כי ממשיך עם כאבים בצוואר אחרי ת"ד. אין בעיה בשביל להזיז הצוואר אבל
כן יש כאבים. בצילומים אין רקטיפיקציה ללא דיסלוקציה ללא סימני שברים
בחוליות.

24.08.20 -

פעמיים נבדק במחלקת טראומה לאחר מעורבות בתנועת דרכים - ללא פתולוגיה
טראומתית חריפה. כיום - רגישות קלה בצוואר, בתכפיים. במצב כללי טוב.
מתהלך חופשי. ללא מוגבלות ניכרת בתנועות צוואר, כתפיים. ללא קיפוח NV
פריפרי גס בארבע גפיים. צילום צוואר - תקין.

08/03/2021:

כאבים ממושכים בעש צווארי תנועות הופשיות מלוות בכאבים
19/04/2021:

CT עש צווארי מראה

בצ3צ4 בלט דיסק קטן עם לחץ על השק

בצ5צ6 בלט דיסק שתוח ללא דחיקה של המיבניים עצביים

חתימה וחנותמת הרופא

16465

מספר רשיון

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

7 ר.ה.ו

19/04/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל		קורנבליט דני דמיטרי	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	ת. לידה	סימון
שם	00-30883606-3	02/08/1987	
בת ים	כחן אלי	גיל	33.08
רחוב	מס בית	מספר	ז
13 / 24 ב	4532579	52	3
טלפון	טלפון	טלפון	טלפון
6597403	6597403	6597403	6597403
16/08/2020	תאריך תאונה	סוג תאונה	1 תאונת דרכים

גורם שולח
2150

מספר הפניה
032150050269

תז נבדק
0308836063

מספר רשיון
016465

לכבוד: מרפאת כאב

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS
E813		ROAD ACCIDENT
7231	TRAUMATIC	PAIN NECK CERVICALGIA

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 08/03/2021
בדיקה גופנית מתאריך 24/08/2020
תאריך הביקור: 18/08/2020 כירורגיה וטראומטולוגיה ד"ר אברהם קרצנוס.
בא כי ממשיך עם כאבים בצוואר אחרי ת"ד. אין בעיה בשביל להזיז הצוואר אבל
כן יש כאבים. בצילומים אין רקטיפיקציה ללא דיסלוקציה ללא סימני שברים
בחוליות.
24.08.20 -
פעמיים נבדק במחלקת טראומה לאחר מעורבות בתנועת דרכים - ללא פתולוגיה
טראומתית חריפה. כיום - רגישות קלה בצוואר, בתכפיים. במצב כללי טוב.
מתהלך חופשי. ללא מוגבלות ניכרת בתנועות צוואר, כתפיים. ללא קיפוח NV
פריפרי גס בארבע גפיים. צילום צוואר - תקין.
08/03/2021
כאבים ממושכים בעש צווארי תנועות הופשיות מלוות בכאבים
19/04/2021
CT עש צווארי מראה
בצ34 בלט דיסק קטן עם לחץ על השק
בצ56 בלט דיסק שתוח ללא דחיקה של המיביניים עצביים

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 08/03/2021
ההפניות שהופקו ב 24/08/2020
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
08/03/2021
ההפניות שהופקו ב 08/03/2021

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT עמוד שדרה צו , הפניה לפיזיותרפיה -
80015-פיזיותרפיה אבחון וב , טופס הפניה כללי - נוסח חופשי -
19/04/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/03/2013		VITAMIN D DEFICIENCY

רגישות ו/או תופעות לוואי

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

רגישויות נוספות

רגישות ל	תגובה	נמסר ע"י
לא ידועה		

הערה: מבקש קבלת החולה לבדיקה וטיפול


חתימה וחתימת הרופא

16465
מספר רשיון

ד"ר ג'ורג' גהאורגה איזק
שם הרופא



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

מענה אוטומטי: רכב מס' 617-70-101; תאונה מיום 16.8.20

1 message

clal-hova@clal-ins.co.il <clal-hova@clal-ins.co.il>
To: frei.ariel@gmail.com

Mon, Jun 14, 2021 at 11:39 AM

שלום רב,
המסמכים ששלחת התקבלו בחברתנו.
לאחר בדיקת תקינות המסמכים, הם יועברו להמשך טיפול.
*שמח לעמוד לשירותך במוקד התביעות הטלפוני של חברתנו, בטלפון שמספרו 6564.

<html>

<HR>

This message was sent by Clal Insurance finance and Pension Group Mail Systems

Visit us at >http://www.clalbit.co.il

The information in this e-mail and any attachments is confidential, may be legally privileged,

and may contain information which is protected under the Privacy Protection Act.

It is intended solely for the addressee or addressees.

If you are not an intended recipient, please delete the message and any attachments

and notify the sender of misdelivery: any use or disclosure of the contents of either is unauthorized and may be
unlawful.

Delivery and/or use of the information herein, not for the purpose it has been delivered for, constitutes a criminal
offence.

<HR>

</html>

נספח ב' 2

תאריך: 16/08/2020

לכבוד
חברת הביטוח

נוסח הסכמת הנהג למסירת המידע לחברת ביטוח (נתוני שאילתת נהיגה)

אני הח"מ, הנהג ברכב לגביו הוגשה תביעה לתגמולי ביטוח לפי פוליסת ביטוח רכב (רכוש), מסכים בזה, כי משרד התחבורה, התשתיות הלאומיות והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח לה הוגשה התביעה, באמצעות איגוד חברות הביטוח, את המידע על רישיון הנהיגה שלי הנדרש לאור הפוליסה האמורה והמצוי במאגר נתוני הנהגים שברשות המשרד.

הסכמתי ניתנת לצורך בירור תביעה כלפיהם.

16/08/2020 שם: קוהלי, יעקב יצחק מספר זהות: 308836063 מספר הרכב: 611770101

אלי כהן, ב' קת"ס כתובת הנהג מספר רישיון נהיגה: 1741163

חתימה

תאריך האירוע: 16/08/2020



הצהרת המבוטח:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי בתצויר זה נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמח במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי ו/או שאמסור נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע
תאריך: 16/08/2016 שם פרטי ושם משפחה: פני - פני קורקליס חתימה: 

במידה וממונה אפוסטרופוס (חתימתו):

תאריך: שם פרטי ושם משפחה: חתימה:

במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על-ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות זהות של המוטבים.

אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר.
אני אהיה רשאי להודיע לחברת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח





לכל המעוניין

הנדון: מינוי סוכן ביטוח
תביעה לתשלום תגמולי ביטוח לאירוע מיום

אני הח"מ דניאל קורבלי מס' ת"ז 308836063, ממנה בזאת

את סוכנות הביטוח שלי מתיב סוכנות לביטוח בע"מ (להלן "הסוכן")

לטפל בשמי ובמקומי בתביעה לתשלומי הביטוח בגין אירוע

מיום 16/08/2020 לרובי מס' רישוי 61770101

תביעתכם מס' _____.

הגני מאשר ומסכים בזאת, כי כל ההתכתבויות ו/או המשא ומתן

(להלן "התקשרות") בקשר לתביעה דלעיל, שצפוי להיערך בין חברתכם

לביני, על פי מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות של חברתכם, כפי

שפורסמו באתר חברתכם, תיערך בפועל בין חברתכם לבין הסוכן, כמי

ישועל בשמי.

16/08/2020
תאריך


חתימת המבוטח

מתיב סוכנות לביטוח בע"מ

דרך מנחם בגין 74 ת"א 6721516

טלפון 1-700-701-102 שלוחה 5 מח' תביעות

הודעה על אירוע תאונתי

א,ג,ג,.

בהמשך לפנייתכם בעניין אירוע תאונתי לרכבכם המבוטח דרכנו להלן מצורפים טופסי הודעה לאירוע תאונתי.

יש למלא את הטפסים המצורפים במלואם ולצרף את המסמכים הבאים:

- צילום רישיון רכב תקף ליום האירוע
- צילום רישיון נהיגה של מי שנהג בזמן האירוע (משני צדדיו)
- צילום תעודת ביטוח חובה משולמת
- צילום המחאה ריקה או טופס ניהול חשבון של בעל הפוליסה / הרכב
- כל מידע נוסף רלוונטי כגון תמונות שצולמו במעמד התאונה

במידה וניזוק אדם באירוע יש לצרף גם אישור משטרה ומסמך רפואי ראשוני לפתיחת נזק גוף.

ניתן לשלוח לפקס' 03-9639134 או למייל ALL-TVIOTMETIV@AEL-GROUP.CO.IL

ניתן ליצור קשר בטלפון 1700701102 שלוחה 5 לתביעות

בברכה,

מתיב סוכנות לביטוח בע"מ

מח' תביעות