



סודי - רגיש

תאריך: 01/08/2021

מבלי להודות בכיסוי הביטוחי

מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

תביעה מספר: 201000000529

ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

סוג ביטוח: חובה
מס פוליסה: 110184108618**כתב קבלה סופי בגיר**

1. אני הח"מ פאתן חוסין נושא ת.ז. 302791397 (להלן: "התובע") מאשר/ת בזאת הסכמתי לקבל מאת שלמה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטחת") סך כמפורט בסעיף 1 להלן הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן: "הסכום"), אשר יועבר לידי בא כוחי, בגין תאונת דרכים אשר ארעה לטענתי ביום 13/12/2018 (להלן: "התאונה").

חתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמתי זו.

מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 13/12/2018 ארעה תאונת דרכים בה הייתי מעורב לטענתי ב/מ רכב מספר רישוי 2665865 (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים. הואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המבטחת ועם שלמה חברה לביטוח בע"מ וגם/או עם הנתבעים (להלן: "הנתבעים") לקבל פיצויים כמפורט להלן, וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות לטענתי במישרין או בעקיפין מהתאונה.

לכן, הנני מאשר ומצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. אקבל מאת המבטחים והמבטחים והנתבעים (להלן: "הנתבעים") סך של 5,700 ₪ (במילים: חמשת אלפים ושבע מאות ש"ח) הכולל שכ"ט עו"ד + מע"מ ואגרת משפט (להלן: "הסכום") באמצעות בא כוחי וחתימתי על כתב זה מהווה אישור לקבלת הסך הנ"ל.

2. תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר בזה לחלוטין ומוחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי 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 שיתוקן ו/או יוחק, אין לי ולא תהיינה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי המבטחים ולא המבטחים ולא הנתבעים (להלן: "הנתבעים") או מי מטעמם. לרבות הפרשי הצמדה וריבית בהתאם לסעיף 28 לחוק חוזה הביטוח.

3. א. אין במשלוח כתב הקבלה משום הודאה בזכותו של התובע/ת או כדי להפסיק את מרוץ התיישנות בתביעותו של התובע במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות תשי"ח – 1955.

ב. הסכום כולל תביעות מיטיבים למיניהם, למעט המל"ל נכות מעבודה, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פיצוי בגין הוצאות רפואיות ודמי אשפוז כפוף לסעיף 4.

4. מוסכם בין הצדדים כי כתב קבלה זה מבטא הסכמות הדדיות על דרך הפשרה מבלי שהדבר יתפרש כהודאה בזכויות ולא מקצתן במוגע לחבות בנזיקין ולכיסוי הביטוחי ולראשי הנזק הנתענים.

פרטי התקשרות מח' חובה: פקס 03-6032693 מייל Tviot.hova@shlomo-bit.co.il טלפון 03-7181444

Shlomo Bit

27/07/2021 10:59:39 PAGE 5/006 Fax Server



שקמה ביטוח



5. המבטחות תפעל להמצאת התשלום תוך 30 ימים מיום קבלת כתב קבלה חתום מקור.
6. באם ההסכמות שגובשו והסדר הפשרה כמפורט בכתב קבלה זה, לא תחתמנה על ידי הצדדים, יראו את השטר כבטל ומבוטל ולא יראו באמור בו בגדר הודאה במקצת חזקויות לצורך מינוף תהליכים וכל מטרה אחרת.
7. מוסכם בין הצדדים לכתב קבלה זה כי ההסכמות הגלומות בו על דרך הפשרה מתייחסות לצדדים עצמם ואין בהם כדי להוות לצד שלישי שאינו צד להסכמות עליה להסתמך על ההסכמות.
8. במקרה שכתב קבלה זה נכתב על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים מאשרים ומצהירים את כל האמור לעיל כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
9. האמור בתוספת זו בלשון זכר אף בלשון נקבה משתמע.
10. במידה והגשתי תביעה לבית המשפט בקשר עם התאונה נשוא שטר הקבלה, הנני מתחייבת/ות בהתחייבות בלתי חוזרת לנקוט פעולות המתחייבות לדחיית התביעה.
11. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישור והצהרת דלעיל הסכימו המבוטחים וגמלאו המבטחים וגמלאו הנתבעים לשלם לי את הסכום.

ולראיה באתי על החתום:

X 12.8.21 תאריך

שם מלא חתימה

אני הח"מ חתימה מ"ד, מאשר בזו כי הנ"ל הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצמו הטוב והחופשי ואשר הודוה בפני להגחת דעתי ולאחר שקראתי בפני והסברתי לו הסבר היטב את תכמ ואת התוצאות המובעות ממנו.

עו"ד אריאל פרייברג

תאריך: 12.8.21 חתימה+ חותמת ע"ד: חתימה 62254

פרטי התקשרות מח' חובה: פקס 03-6032693 מ"ל [Tviot.hova@shlomo-bit.co.il] טלפון 03-7181444

קריאת אזהרה: אין לעלות על הרכב או לנסוע בו ללא אישור מכתב היתר נסיעה. חלוקת נסיעה: 45000 ש"ח. חלוקת נסיעה: 45000 ש"ח. חלוקת נסיעה: 45000 ש"ח.



שלמה ביטוח

הוראה לביצוע העברה בנקאית

נא רשום מס' התביעה בשלמה ביטוח:

אני הח"מ, בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר טלפון נייד	אירוע מיום
חוסין	נאמן	3 02791397	050-3207416	13.12.17
כתובת מלאה	רכב מספר רישוי			
77	9664719			

מבקש ומאשר בזאת להעבר את תגמולי הביטוח באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

שם בעל החשבון	מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)
ד"ר אריאל פרייברג	066630930
שם הבנק	מס' הבנק
אצ"ר הח"ל	14
שם הסניף	מס' חשבון
נת	133470
	מס' סניף
	317

ידוע לי שאין בהסכמתו זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח כפי שנדרשו על ידנו. ידוע לי שאין במסמך זה משום התחייבות של חברת הביטוח להעביר את תגמולי הביטוח באמצעות העברה בנקאית. תשומת לבך מופנית לכך, כי בהתאם לדין ובכפוף להוראותיו, תקופת ההתיישנות, לצורך הגשת תביעה בהתייחס לאירוע הנדון, הינה, למבוטח החברה, 3 שנים ממועד האירוע ולתובע צד ג', 7 שנים ממועד האירוע. עצם הגשת הדרישה ו/או מילוי טופס זה אינם עוצרים את מרוץ תקופת ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית המשפט עושה כן.

תאריך 12.9.21 שם בעל החשבון אריאל פרייברג חתימת בעל החשבון
 מס' רישוי: 62254

חובה לצרף תצלום של המחאה מבוטלת או אישור הבנק
 לצורך אימות פרטי החשבון

פרטי התקשרות מח' חובה: פקס 03-6032693 מייל Tvilot.hova@shlomo-bit.co.il טלפון 03-7181444

4/006 Fax Server



1. 凡在本行开立存款账户的客户，均可申请开立本行定期存款账户。



5. המבטחת תפעל להמצאת התשלום תוך 30 ימים מיום קבלת כתב קבלה חתום מקובל.
6. באם ההסכמות שגובשו והסדר הפשרה כמפורט בכתב קבלה זה, לא תחתמנה על ידי הצדדים, יראו את השטר כבטל ומבוטל ולא יראו באמור בו בגדר הודאה במקצת הזכויות לצורך מירוך ההתיישנות וכל מטרה אחרת.
7. מוסכם בין הצדדים לכתב קבלה זה כי ההסכמות הגלומות בו על דרך הפשרה מת"יחות לצדדים עצמם ואין בהם כדי להוות לצד שלישי שאינו צד להסכמות עילה להסתמך על ההסכמות.
8. במקרה שכתב קבלה זה נכתב על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים מאשרים ומצהירים את כל האמור לעיל כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
9. האמור במסמך זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משתמע.
10. במידה והגשתי תביעה לבית המשפט בקשר עם התאונה נשוא שטר הקבלה, הנני מתחייב/ת בהתחייבות בלתי חוזרת לנקוט פעולות המתחייבות לדחיית התביעה.
11. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו המבוטחים וגם לא המבטחים וגם לא הנתבעים לשלם לי את הסכום.

ולראיה באתי על החתום:

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך _____ X

אני הח"מ _____ עו"ד, מאשר בזה כי הנ"ל הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצונו הטוב והחופשי ואשר הזדהה בפני להנחת דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

תאריך: _____ חתימה+ חותמת עו"ד: _____

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 12/08/2021 13:02
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	12/08 13:01
FAX NO./NAME	049582188
DURATION	00:00:26
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

Shlomo Bit

01/08/2021 11:04:43 PAGE 4/006 Fax Server



סודי - רגיש

תאריך: 01/08/2021

מבלי להודות בכיסוי הביטוחי

מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

תביעה מספר: 201000000529

ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

סוג ביטוח: חובה

מס פוליסה: 110184108618

כתב קבלה סופי בגיר

1. אני הח"מ פאתן חוסין נושא ת.ז. 302791397 (להלן: "התובע") מאשר/ת בזאת הסכמתי לקבל מאת שלמה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטחת") סך כמפורט בסעיף 1 להלן הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן: "הסכום"), אשר יועבר לידי בא כוחי, בגין תאונת דרכים אשר ארעה לטענתי ביום 13/12/2018 (להלן: "התאונה").

חתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמתי זו.

מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 13/12/2018 ארעה תאונת דרכים בה הייתי מעורב לטענתי ב/מ רכב מספר רישוי 2665865 (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים. הואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המבטחת ועם שלמה חברה לביטוח בע"מ וגם/או עם הנתבעים (להלן: "הנתבעים") לקבל פיצויים כמפורט להלן, וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנבועות לטענתי במישרין או בעקיפין מהתאונה.

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-
3180983

21.6.11 - נס/ה כרס/י

23.4.21

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד
שלמה חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב היצירה 22
פתח תקוה

נס/י 4,482 - כרס/י
6/חמ"ג
נס/י

ח.נ.

הנדון: תאונה מיום 13.12.18
רכב מס': 86-647-19
הנפגעת: פאתן חוסין, ת.ז. 302791397

הנני מייצג את מרשתי שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. ביום 13.12.18, בשעה 08:50 או בסמוך לכך, בהצטלבות של כביש 4 עם כביש מס' 85, היה הרכב שבנדון אשר היה נהוג ע"י מרשתי מעורב בתאונה בקינמטיקה קשה ומרשתי נפגעה ונחבלה בגופה. (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה, רישיון רכב ותעודת ביטוח חובה, מסומנים "1 - 5"

2. לאחר התאונה טופלה מרשתי במוקד טרם לרפואה דחופה, שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וביצוע מספר בדיקות שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "6 - 9"

3. נוכח החמרה בכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון פנתה מרשתי למחרת לקבלת טיפול אורתופדי אשר החליטה להפנותה לקבלת טיפולי פיזיותרפיה, מנוחה בת 16 ימים, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "10 - 13"

בהמלצת האורתופד ביצעה מרשתי טיפולי פיזיותרפיה במסגרת פרטית באזור מגוריה.

4. מחמת התאונה סבלה מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון, מקושי בכיפוף, קושי בישיבה והליכה ממושכות, קושי בהרמה וביצוע תפקודים יומיומיים.

5. במועד התאונה עבדה מרשתי ברשת מזון והמתינה ללימודים אקדמיים. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה התקשתה בביצוע עבודתה, נזקקה להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

6. לאחר התאונה התקשתה מרשתי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקקה לעזרת הזולת ולהוצאות בגין נסיעות וניהול משק ביתה.

7. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך, על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובלי בסך 35,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

8. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה: שלוחת בוחנים עכו מחוז חוף
 תאריך: 02/01/2019 כ"ה טבת תשע"ט 13:17
 מס' תיק מסוף: 2 - 2018 - 4446 - 1213
 טלפון: 04-9876891
 כתובת: ההגנה 16, עכו - מיקוד: 2431433

מספר תיק פלא: 571268 / 2018
 סיווג תיק: ת.ד.
 מס' מסמך בתיק: ג
 פקס: 04-8648509
 מייל: bohanim.ako@police.gov.il

נושא המסמך

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 13/12/2018 בשעה 08:50
2. מקום התאונה: כל הארץ. כביש 4 עם כביש מס' 85 בכביש בין עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	סוג רכב	פרטי הרכב:	תוצר רכב
8664719	סוג רכב	פרטי נוסעים	סוזוקי-יפן
שלמה "סיקסט"	חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	סוג לוחית
(1) שיוך המעורב	נהג	שם	ישראלית
כתובת	שעב, שעב	פאתן חוסין	שנת לידה
		קופ"ח / בית חולים	16/04/1989
		ט.ר.מ	חומרת הפגיעה
מספר רכב	סוג רכב	פרטי הרכב:	תוצר רכב
4464152	סוג רכב	פרטי נוסעים	רנו טורקיה
לא הוצג	חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	סוג לוחית
(1) שיוך המעורב	נהג	שם	ישראלית
כתובת		קופ"ח / בית חולים	שנת לידה
			חומרת הפגיעה
מספר רכב	סוג רכב	פרטי הרכב:	תוצר רכב
8310729	סוג רכב	פרטי נוסעים	פורד ספרד
לא הוצג	חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	סוג לוחית
(1) שיוך המעורב	נהג	שם	ישראלית
כתובת		קופ"ח / בית חולים	שנת לידה
			חומרת הפגיעה

4. פרטי הולכי רגל:
5. כמות נפגעים: 1
- מציב התיק: גנז
- מתאריך: 27/12/2018

פרטי המטפל בתיק

מ"א שם משפחה שם פרטי

שם פרטי

שם משפחה

מ"א

נורית

מדמון

1021435

שם פרטי

שם משפחה

דרגה

מ"א

נורית

מדמון

רסב

1021435

פרטי השוטר המוסר

04-8571666
07243 מס' הרשאה

סט-קל
תעודה

מדינת ישראל

8664719
1590 נפח ממע
1996 שנת ייצור
21/10/18 תאריך הבדיקה

מבחן אלקטרון
רכב במבחן תקופתי

THC50034
פרטי נוסעים
G16B
3152235

בדיקה מספר
רכב מסוג
דגם מנוע
רישום מד

ver: 619

שם בוחן
מספר בוחן

אני מאשר/ת כי מספר השלדה, המנוע ופרטי הרכב מתאימים לרישום ברישון הרכב ומאשר ביצוע המבחן
מאשר שרשמתי בטופס הבקשה והקלדתי במחשב את מונה הק"מ הרשום בנד המרחק ובדקתי שמד
המרחק אינו במילים ובמקרים שהוא רשום במילים הסבתי לק"מ

נהג/ת נכבד/ה! רכבך נבדק ונמצא תקין, פרט לליקויים הבאים:

2259 דודי
סערין

2259 דודי
סערין

סטטוס	מדוד	דרישות יצרן	סטטיסטיקה בסיסית טרק
תקין	775	700-850	בדיקה בסיסית טרק
תקין	0.11	0.50	Vol% CO
סטטוס	מדוד	דרישות יצרן	סטטיסטיקה בסיסית נבנה
תקין	2650	2500-2800	חושך הבדיקה 30 שניות
תקין	1		בדיקה למבדה
תקין	0.15	0.30	Vol% CO
תקין	90	80	חוזי ונוע C

תקין

תקין

גזים 4

1 דיהוי
21/10/18 07:58:20
2 דיהום
21/10/18 08:00:57

2773 עלי
נשאטטה

2773 עלי
נשאטטה

סטטוס	מדוד	דרישות היצרן
	נשך	נשך
תקין	3	2.2
תקין	2.9	2.4
תקין		< 20
תקין		> 1

תקין

תקין

סלד: ללא סמפרטורה: לפי מאורד

3 בור
21/10/18 07:58:20
4 אורות
21/10/18 59:16

2259 דודי
סערין

2259 דודי
סערין

סטטוס	מדוד	דרישות היצרן
	נשך	נשך
תקין	3	2.2
תקין	2.9	2.4
תקין		< 20
תקין		> 1

תקין

תקין

ציר ראשון
ציר שני
בלם עזר ראשון

5 בלמים
21/10/18 07:56:56

גלגלים 5
21/10/18 07:57:00

אישור כשירות לתנועה

תאריך: 21/10/2018 8:07:03 AM

אני מאשר/ת שהרכב הנל נבדק ונמצא תקין לתנועה בדרכים. טופס הבדיקה הטכנית נחתם בל העמדות ע"י בוחן/ות רכב מורשים/ות העובדים. במכון/מוסך. כן מצורפים לטופס זה כל המסמכים הנדרשים עפ"י תקנות התעבורה כולל נספח תווית חלון

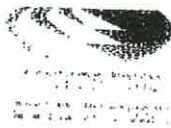
סט-קל
חותמת כשירות לתנועה

1523318
מספר מדבקה

זמירה כהן
חותמת בוחן/ת פקיד/ה



נכשל על ליקוי כל שהוא, זכותך לבחור לתקון



משרד הביטחון
מחלקת המודיעין



20/04/2019

02002140-8

M1 פרטי נוסעים

8664719

09/02/11

03

JSAEGC31S00121014

G16B

200936

16/12/18

דגם סט

סדרה

צבע

מחיר

לבן

4X2

רישיון נהיגה מתאים B

חוסין אחמד

ת.י.ד. 197

שעב 20165

שנת ייצור 1996

1590

175/70R13

בנזין

אין

סדאן

2

קבוצה

מרכב

GLX

EGC31S

דגם

סוזוקי-יפן

BALENO

רמת דימור

00683-0521

כן

כן

96.00

21/10/18 ש.ח; ת.מבחן
063037505 רשומון יבוא

ת.תשלום 18/10/18 סך 538.00

16/12/18-מ

מבוטל הפקדה

הודעת סיום לנהיגה הודפסה

8664719-29-4

חוסין אחמד
ת.י.ד. 197
שעב

20165

8664719-29-4

16/12/2018

כרמיאל

הודפס על ידי פ.א.

0372

08:18:03

חוסין אחמד 2002140

משרד הביטחון

13/12/2018

טר"מ כרמיאל בע"מ רחוב היוצרים 15 כרמיאל טל: 1599-520-520
פקס: 0732255360 057-7977741

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers



צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: תאונת דרכים	תיק מס': 196477	Discharge Chart	גליון שחרור	ביקור מס': 372472	תאריך ביקור: 13/12/2018 20:01
-----------------------	--------------------	-----------------	-------------	----------------------	-------------------------------------

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. אליאס נשאיבי, PA: חאלד חליל	שם: פאתן חוסין תז: 302791397	בבקשה לשנתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין
---	---------------------------------	---

סיכום הביקור:

Diagnosis

Traffic Accident, Contusion of back

אבחנה

Pulse: 68, TempC: 36.9 PO, O2sat: 98, BP: 122/79 (other vitals may be on scanned chart)
Age: 29 years 8 months

Injury/Pain Exam:

SPINE : Direct blow to back, Pain started MORE than 1 hr ago, Pain is mild, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence

הסטוריה / אנמנזה רפואית:
בת 29.8 שנים בריאה בד"כ
לדבריה הייתה מעטורבת בתאונת דרכים שרשרת היום בשעה 9 בבוקר בצומת עכו
מתלוננת על כאבים מעל עמש"צ עמ"ש מותני
מצינת שבמהלך נסיעתה בצומת רכב שנסע מקדימה בלם פתאום נכנסה בו מאחור ורכב שנסע מאחור נכנס ברכבה מאחור

אין סיפור של איבוד הכרה ואו הקאות

===

בדיקה גופנית:
מצב כללי טוב, ללא מצוקה כללית או נשימתית. בהכרה מלאה ללא סימני התייבשות.
ללא סימנים מניגיאליים.

אין לחולה חם
רגישות פראספינאלית מעל עמש"צ ומעל עמ"ש מותני ללא סימני חבלה ללא פריחה ללא צלקת ללא נפיחות ללא אודם ללא
חום מקומי ללא סימני זיהום מקומי בדיקה NV תקינה טווח תנועות מוגבלת מכאבים
בדיקת עיניים: אישונים שווים רגולריים מגיבים לאור. תנועות גלגלי עיניים תקינות

חזה: כביסות אויר תקינה דו-צדדית, אין תרחורים או צפצופים

לב: קצב תקין, קולות תקינים, אין אוושות

בטן: רכה, ללא רגישות ללא הגדלת איברים ללא סימני גירוי צפקי.
GCS:15

אין סיפור של איבוד הכרה ואו הקאות

===

מהלך ודיון:

בדיקתל שרתן לכללית : תקינה
צילום עמש"צ : לא הודגם שבר או פריקה

עמ"ש מותני: לא הודגם שבר או פריקה
 וישככי כאבים לפי הצורך מעקב רופא מטפל במסגרת הקופה
 יש לעיין גם בגיליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

Urinalysis, BetaHCG

צילומים שבוצעו:

עמוד שדרה מותני <<<

עמוד שדרה צווארי + דגס <<<

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובות פענוח הרדילוג ב- www.teremi.com
 יש לעקוב אחר תשובות הפענוח הסופית, במהלך 24 השעות מביצוע הצילום.

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

נבדקת במרפאתנו על ידי רופא טרם וניתנו לך אבחנה והוראות להמשך טיפול.
 הביקור במרפאתנו לצורך טיפול בבעיה רפואית חריפה, אינו מהווה תחליף למעקב רפואי וקבלת טיפול כולל ומלא. האבחנה והטיפול נקבעו על סמך הסימנים והנתונים שנראו בעת הביקור. אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

לעיתים סימני מחלה עלולים להשתנות ולהתפתח במשך הזמן ולכן דרוש ביקור נוסף אצל רופא המשפחה להמשך בירור וטיפול, שיתכן וישתנה. כל החמרה או שינוי לרעה במצבך, מצריכים בדיקה רפואית נוספת אצל רופא המשפחה, או אצלנו. הטיפול המומלץ כתוב בגיליון הרפואי שהעתקו ניתן לך, אנא הקפד למלא את הוראות הרופא
 יש לציין כי לא בכל מקרה ניתנות תרופות, ובמקרים רבים ההחלמה אורכת זמן. יש לציית להוראות הרופא, ובאותו זמן להיות עירני להתפתחויות.

במידה ונעשה לך צילום רנטגן, הוא יינתן לך יחד עם הוראות השחרור של הרופא. כל הצילומים בטרם ממוחשבים ועוברים, תוך יממה, פענוח נוסף על ידי רופא רדילוג מומחה. כמו כן ניתנות לך הוראות למציאת פענוח הצילום הסופי באתר האינטרנט של טרם.

הנך סובל מחבלה ובבדיקות שנערכו לך לא נראה שבר, אך למרות זאת ייתכן ויופיעו נפיחות, שריטות ושטפי דם במקום החבלה. עם זאת ישנם שברים שמאוד קשה לזהות (אם בכלל) בבדיקה ראשונית.
 ניתן להקל על התסמינים על ידי:

- הגבהת הגפה הפגועה וזמנחה לאזור. הדבר חשוב במיוחד ביום הראשון שלאחר חבלה ביד.
- יש להניח קרח על האזור להורדת הנפיחות והקלה בכאבים ביום - יומיים הראשונים שלאחר החבלה.
- במידה ולאחר כ- 3 ימים קיימים עדיין כאב או נוקשות במקום החבלה, ניתן לחמם את המקום.

עליך לגשת לרופא המשפחה בקופת חולים במקרים הבאים:

- אם לא חל שיפור בנפיחות או בשפשופים תוך 4-5 ימים מהחבלה.
- אין שיפור בעומצת הכאב או אם קיימת הגבלה בתנועה לאחר 2-3 ימים

יש לחזור למרפאת טרם באופן מיידי במקרים הבאים:

- יש החמרה בכאב
- מופיע חום הגבוה מ 38 מעלות

מעקב עם רופא מטפל בעוד 3 ימים

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם אתה נתקלת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

שם הרופא: ד"ר אמין פאר
מחוז: אורתופדיה
מספר רישיון: 25664
מספר תעודת זהות: 04-9883823
טלפון: 04-9582669
מחוז: חיפה

14/12/2018 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל	תוסין פאתן
שם משפחה ושם פרטי	שם האב
ת.ח. 12	00-30279139-7
מס בית	מס זהות
0	29.08
טלפון 050 - 2912757	נ.מין
טלפון 4667758	ת.לידה
52	16/04/1989
אחמד	אחמד

13/12/2018 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

ש"ס רב

13/12/2018 תאריך תאונה

14/12/2018

תאריך הביקור:

2 תאונת עבודה

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

תאונת דרכים 13.12.2018 בדרך לעבודה, נבדקה בטרם-כרמיאל, כאבים בצוואר, כתפיים, גב תחתון

תלונות/סיבת הפניה:

רגישות במישוש מעל צוואר מאחור, חגורות כתפיים, גב תחתון הגבלה בתנועות

בדיקה גופנית:

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

דין/תוכנית טיפולית: פיזיותרפיה

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי	80074-טיפול פיזיותרפי פרט	H4		הודפס

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
תאונת עבודה (תעודה ראשונה)	I13	13/12/2018	28/12/2018	הודפס

בברכה,

25664

ד"ר אמין פאר

מס' רישיון

שם הרופא

ד"ר אמין פאר
מחוז אורתופדיה
מספר רישיון 25664
מספר תעודת זהות 1072

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

14/12/2018

הודפס ע"י ד"ר אמין פאר 00-30279139-7

תוסין פאתן

ד"ר שעבאן מוחמד
משפחה
27075
כפר שעב
04-9883823
04-9582669
מחוז: חיפה

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: כפר שעב

תאריך 14/12/2018

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל	חוסין פאתן
שם משפחה ושם פרטי	שם האב
00-30279139-7	29.08
מס זהות	גיל
16/04/1989	נ
ת. לידה	מין
אחמד	שם האב
שעב	12 ת.ח.
רחוב	מס בית
0	טלפון
4667758	52
טלפון נוסף	050 - 2912757

תאריך תאונה 13/12/2018

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח



8351

מספר הפניה



038351044501

38351044501

תז נבדק



0302791397

מספר הפניה:

רשיון רופא



027075

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/12/2018:
היתה מעורבת בתאונת דרכים בדרכה לעבודתה - לא הקיאה ולא יבדה הכרה -
כאבי צוואר - כתפיים וגב תחתון
14/12/2018:
נבדקה במיון טרם
עברה צילום ללא שברים

סימנים חיוניים: גובה 164 29/01/2017 משקל 62 29/01/2017 bmi 23.05

לחץ דם 110 / 77 29/01/2017

דופק 75 29/01/2017 סדיר

08/05/2018 מתאריך 109.78 eGFR

ממצאים קליניים

בהכרה מלאה
ראש צוואר ללא קשיון עורף רגיושת עזה בצוואר עם כאב - רגישות בכתפיים
-ראות כניסת אוויר שווה בשתי הראות ללא קריפטציות או ציפצופים-לב קולות

2 ה.ר.0

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר שעבאן מוחמד 00-30279139-7

הפניה למכון פיזיותרפיה

חוסין פאתן

תאריך 14/12/2018
10:49

הפניה כללית

פרטי המטופל		חוסין פאתן	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ
00-30279139-7	29.08	16/04/1989	אחמד
שם האב	ת. לידה	מין	שם האב
050 - 2912757	52	4667758	0
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	ת.ח. 12
		רחוב	שעב
			ישוב

תאריך תאונה 13/12/2018

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח	מספר הפניה	תז נבדק	מספר רשיון
8351	038351044503	0302791397	025664

ליכבוד: פידיוטרפיה

שירות	קוד	קוד	שירות
רפואי	80074	97140	טיפול פידיוטרפי פרטי
80074			

אבחנה משוערת	קוד	איפיון
CERVICALGIA	7231	
LOW BACK PAIN	7242	

תלונות: תאונת דרכים 13.12.2018 בדרך לעבודה, נבדקה בטרם- כרמיאל, כאבים בצוואר, כתפיים, גב תחתון

נמצאים בבדיקה: רגישות במישוש מעל צוואר מאחור, חגורות כתפיים, גב תחתון הגבלה בתנועות

דיון/תוכנית טיפולית: פידיוטרפיה

ד"ר אמין פאר
מספר רשיון 25664
210

25664
מספר רשיון

ד"ר אמין פאר
שם הרופא

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

ס.ה.ר. 2

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

14/12/2018

הודפס ע"י ד"ר אמין פאר 00-30279139-7

הפניה כללית

חוסין פאתן

תאריך: 14/12/2018

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	חוסין פאתן
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	ת.ח. 12
אחמד	מס בית 0
16/04/1989	טלפון 4667758 - 52
גיל 29.08	טלפון 2912757 - 050
מין ג	רחוב

תאריך תאונה: 13/12/2018

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות	איפיון	קוד
CERVICALGIA		7231
LOW BACK PAIN		7242

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה הנמוצרת ע"י הנ"ל

איננה נסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 13/12/2018 עד יום 28/12/2018 (בכלל) סה"כ 16 ימים

14/12/2018

14/12/2018

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות 302791397	שם פרטי נמר	שם משפחה מסל
טלפון	מיקוד	עיר ירוש	מס' רחוב 2.2

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ואו מי מטעמו 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
שם קופ"ח: **כל"ח** סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

1.	2.	3.	4.
1.	2.	3.	4.

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

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

תאריך: **2.2.21** עד לחתימה ומס' ת.ז. **7510** **דניאל פרייברג** חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

- אני הח"מ, דניאל חוסי, מרחוב אד, ת.ז. מס' 30299791,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או הישאם קבלאן להיות באי כוחי במשפט של 13.12.11 בענין תאונת דרכים מיום 13.12.11 נגד 13.12.11 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:
1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
 2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
 3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
 4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
 5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
 6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
 7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
 8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
 9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
 10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
 11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
 12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
 13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

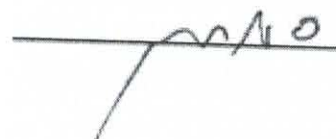
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

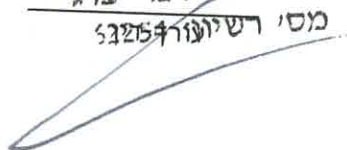
ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 3 שנה 21

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון 41251



עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה											
שנה	חודש	יום									

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס

פרטי המעסיק	שם המעסיק/המופיע/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
1	סלמה דמאח ואחיה	907137772	11111111111111111111
רחוב / תא דואר	מס' בית	ישוב	מיקוד
10493880564			
דיר ארס			

לכבוד קופת חולים / בית חולים

נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מותדב ☐ עובד זר

שם לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

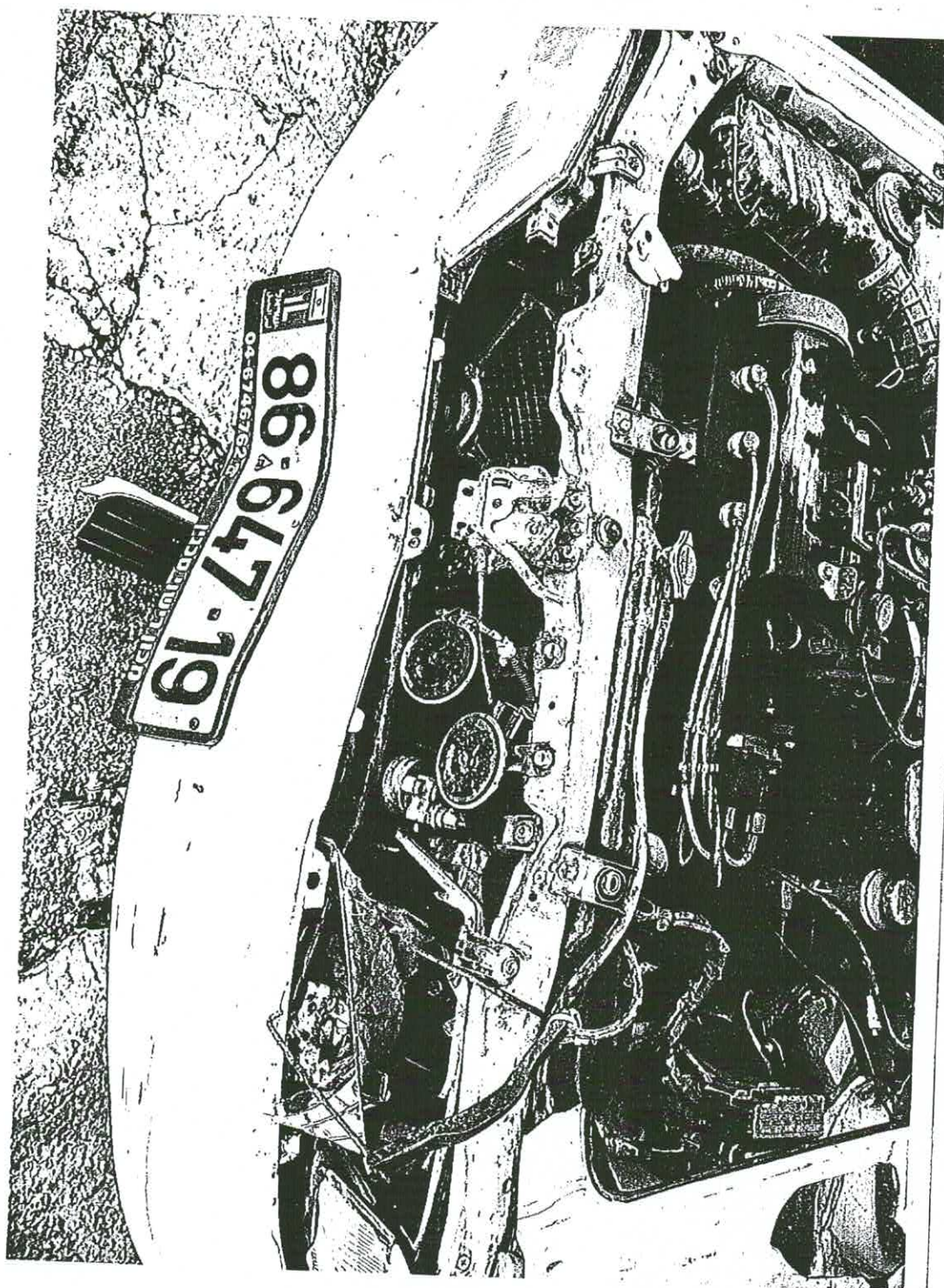
פרטי התובע	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
2	חוסין	זכר ☐ נקבה ☒	3027911397
שם משפחה	כתובת	מס' בית	כניסה
חוסין	רחוב / תא דואר	דירה	טלפון נייד
	197		
טלפון קווי			

פרטי התאונה	נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב
3	11/03/2015	08:50	סוג העבודה
שם פרטי	שם משפחה	מקום התאונה	כתובת מקום התאונה
חוסין	חוסין	במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר ☐	רמזורים עכו
תיאור התאונה			
רכב (נס רק למוסר)			
האיבר שנפגע			
3 יוגר 2 רחמין			
שם המאשר ותפקידו			
תאריך			
חתימה וחונמת המפעל * 52503722			

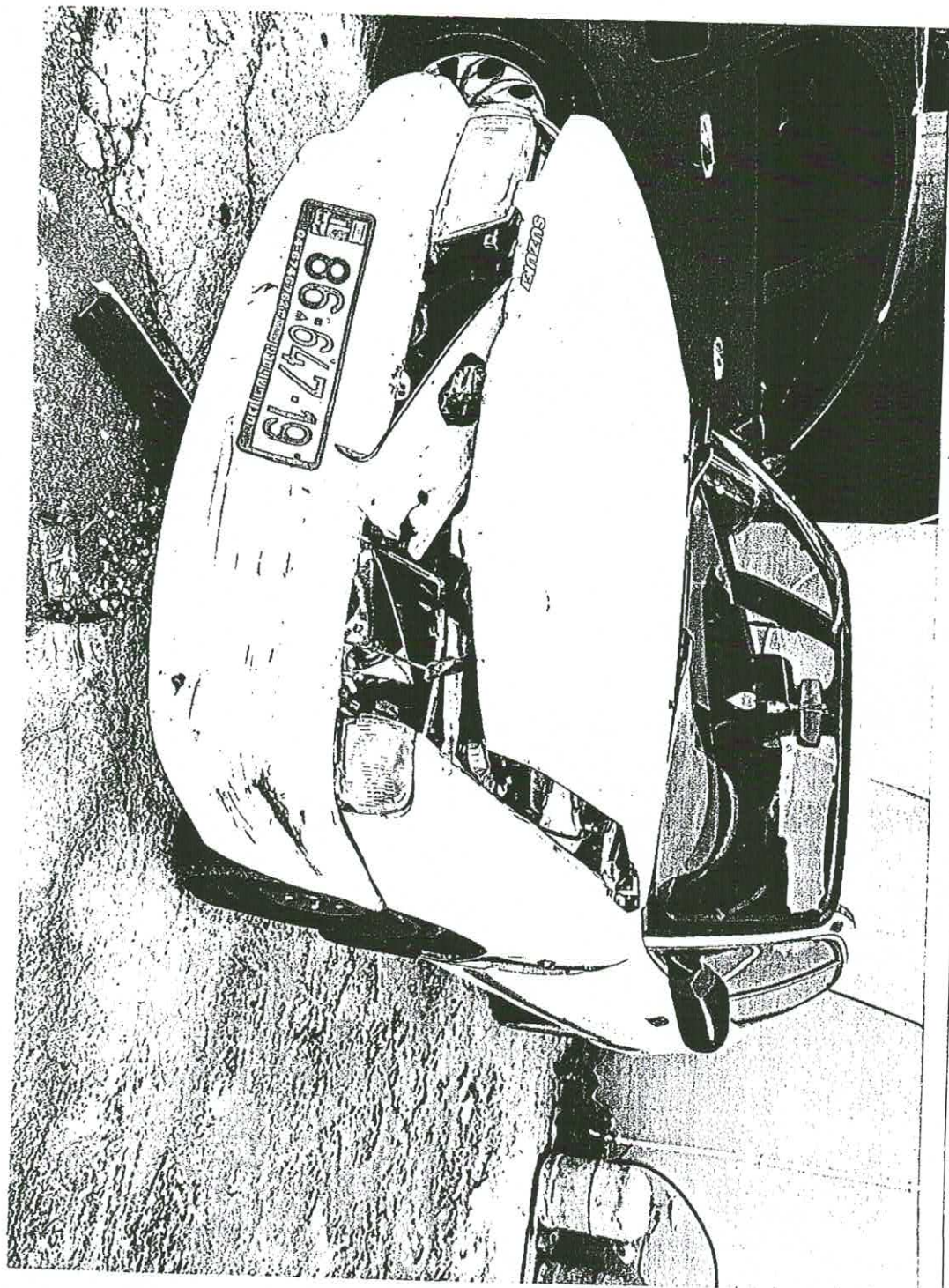
סלמה דמאח ואחיה
הגיש

4	למילוי ע"י המוסד הרפואי
☐	הנפגע חבר בקופת חולים
☐	הנפגע אינו חבר בקופת חולים
☐	מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לגברים ולגבריות כאחד







הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : עו"ד אריאל פרייברג ו/או הישאים קבלאן (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:
 - א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
 - ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
 - ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.
2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.
3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.
4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)
5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב. ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)
6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.
7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן:
 - א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

X
הלקוח

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

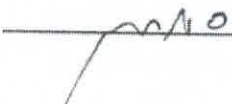
אני הח"מ _____ בעל ת.ז. _____ התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____


חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום _____ הופיע/ה בפני _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____ ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

_____ חתימת עורך הדין

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930
19/09/2021
143/1
תאונה מיום 13.12.18 - דרישה
נגד שלמה
143
חוסין פאתן
302791397
19/09/2021

עוסק מורשה:
תאריך:
מספר תיק:
שם תיק:

מספר לקוח:
שם לקוח:
מזהה לקוח:
תאריך הדפסה:

לכבוד
חוסין פאתן

חשבונית-מס/קבלה 1010 Tax Invoice/Receipt

	חייב במע"מ Taxable	פטור מע"מ Exempted	
Fees	1,041.02	0.00	שכר טרחה
Expenses	0.00	0.00	הוצאות
Miscellaneous	0.00	0.00	שונות
Sub Total	1,041.02	0.00	סיכום
V.A.Tax 17%	176.98		מס ערך מוסף 17%
V.A.T exempted	0.00		סכום פטור ממע"מ
Total + V.A.T.	₪ 1,218.00		סה"כ (כולל מע"מ)

הסכום במילים:

אלף מאתיים ושמונה עשר שקלים חדשים בלבד.

פרטי התשלום:

תאריך Date 19/09/2021 סוג Type העברה מפקדון
מס' No. בנק Bank סניף Branch חשבון Account
כסות Amount 1,218.00 ₪

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין