



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

מרץ 2025
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 04/03/2025
הנפגע: מאור מנשה, ת"ז 214977670
תביעה להכרה בתאונה ותשלום דמי פגיעה

הריני מייצג את מרשי בנפגע שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה.

2. כן מצ"ב תעודות רפואיות ופרטי הרכב.

3. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

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

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 2149 77670

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
01	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה	☐ מחלת מקצוע, פרט
☒ שכיר	☐ הכשרה מקצועית
☐ עצמאי	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי
☐ מתנדב	

1 פרטי התובע					
שם משפחה	שם פרטי				
מנשה	מאיר				
טלפון קווי	טלפון נייד				
	0508263484				
דואר אלקטרוני:					
@					
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר				
מס' זהות איש קשר	ס"ב				
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף א'2					
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית					
שם מעסיק/ מפעל					
מ"א י"א יעמל חק אביב 282					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
הסדים	25			פתח תקווה	
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס			
039277963					
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:					
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט:					
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)					
שם העסק					
סוג העיסוק					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			

נא ציין את מספר תעודת זהות 214977670

עמוד 2 מתוך 8

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐ משטרה ☐ משא"ז ☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
04/03/2025	שלישי	08:30	4/3/25	8:30

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לעבודה ☒ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____

תאונה בבניין ☐ תאונה בדרכו: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
04/03/2025	שם מקבל ההודעה	תפקיד	05-9277963

נא ציין את מספר תעודת זהות 214977670

עמוד 3 מתוך 8

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מזהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
צוואר, ראש, זרוע, ברכיים	חזה, חתך	צוואר, מפרץ
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה 2025 חודש 03 יום 04	1 יום	21/10
שעה 0835		
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
ר"צ	סכום	אלט
טלפון המרפאה		

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

טלפון 037412358

כתובת אלזא האל 7, רמת גן

ע"פ אריאל פרייזר

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל

כתובתו מס' טלפון

מס' פקס דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

7

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.

ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

עד תאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td></tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	מתאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td>04</td><td>03</td><td>2025</td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td></tr> </table>	04	03	2025	שנה	חודש	יום	☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה																																				
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																																																					
04	03	2025																																																										
שנה	חודש	יום																																																										
עד שעה <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>							שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	משעה <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>							שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	עד תאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td></tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	מתאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td></tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	☐ שהייתי בעסק / בעבודתי
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה																																																							
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה																																																							
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																																																					
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																																																					
עד שעה <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>							שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	משעה <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>							שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	עד תאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td></tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	מתאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td></tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה																																																							
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה																																																							
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																																																					
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																																																					

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____

משעה _____ עד שעה: _____

עבודה במשמרות ☐

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

214977070

נא ציין את מספר תעודת זהות

עמוד 5 מתוך 8

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

מנשה מאור

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
דיסקונט	יד אליהו	151	0164770501

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

27.3.25

תאריך חתימת התובע

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרופוסט, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה ת.ז.

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: _____

שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____
2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☒ פגיעה בדרך לעבודה: _____
באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 08:45 איזו משמרת? בוקר _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? הסיבים 25 פ"ת _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

א"י גי' ישראל חב לביטוח בע"מ _____

תאריך תחילת עבודה: 14/01/2025 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-% לפי שעות _____ מספר ימי העבודה בשבוע: 5 _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		לחקופה	סכום
חודש 02/25	22	☒	☐	6640	==	==
חודש 01/25	13	☒	☐	3662	==	==
חודש 12/24	==	☒	☐	==	==	==
חודש 11/24	==	☒	☐	==	==	==

☐ העובד שב לעבודה בתאריך 09/03/2025 ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____ הרגל _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☒ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מרים אלבו חשבת שכר _____ מספר טלפון: 03-9277963

חתימת המעסיק _____ תאריך 24/03/2025 שם ותפקיד החותם _____ מרים אלבו חשבת שכר _____ חתימה וחותמת _____

מ-101
ש.ו.ו.ו.
חשבת שכר

מספר זה הופקד באמצעות מערכת "הר-גל" פטור משר, משאבי אנוש ונוכחות

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 2.37 יום

☐ לא, ☒ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

מרים אלבוז
חשבת שכר

תאריך: 24/03/2025 תפקיד החותם: חשבת שכר שם החותם: מרים אלבוז חתימה וחותמת

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך עד תאריך ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☒ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

מרים אלבוז
חשבת שכר

חתימת המעסיק וחותמת

עמוד 8 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 214977670

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	214977670	שנה חודש יום 25 02 04
שם משפחה	שם פרטי	
משה	מאיר	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ 27.3.25 חתימת המבוטח * _____

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י ד"ר פאר לינור ב- 11:55 04/03/2025

מלרד - אגף ב
מנהל: ד"ר שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מנשה	תאריך לידה: 31/10/2004
שם פרטי: מאור	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 21497767
כחובת: יפתח תל אביב- יפו	מין: זכר
טלפון: 0508263484	גיל: 20

תאריך קבלה: 04/03/2025 08:47
מספר קבלה: 2851580401

אופן הגעה למיון
הגיע למיון: באמבולנס

משרד קבלה
סיבת פנייה: תאונת עבודה
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזרח

אבחנה

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	M/P	Rec
MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT INVOLVING COLLISION WITH	E8149			✓			
CONTUSION OF ANKLE	92421						

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים
העחת: בן 20 רוכב קטנוע שפגע ברכב (חבש קסדה)
חבלת קרסול עם חתך ברגלו השמאלית

תלונה עיקרית, מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

נכתב ע"י סטודנט (יהונתן הלוי)
בן 20, לאחר תאונת דרכים
בריא בדרך כלל, לא נוטל תרופות. ללא רגישות לתרופות
בהכרה מלאה, כאוב, ללא מאמץ נשימתי ניכר

מדדים - סטורציה (א"ח) 100, דופק 75, ל"ד 125/72.
הערכת כאב - 6-7 ללא מעוניין במשככי כאבים בשלב זה.

מטופל לאחר תאונת דרכים כרוכב אופנוע. נסע במהירות של 90 קמ"ש ופגע ברכב שבלם מלפניו. החליק עם האופנוע. התחכך בכביש והאופנוע נפל עליו. חבש קסדה. לאחר התאונה התהלך על רגליו.
ללא אובדן הכרה, ללא כאבי ראש, ללא אובדן שליטה על סוגרים.
מתלונן על כאבים ברגל שמאל- ירך, ברך וקרסול. וכן במרפקים וכפות ידיים בשני הצדדים.

בבדיקה-

ראש במראה תקין, ללא סריטות או דימומים.
צוואר ועמוד שדרה- ללא רגישות או כאבים.
לב- דופק סדיר, ללא אוושת.
חזה- ללא מלפורמציה או סימני חבלה.
ריאות- כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ.
בטן- רכה ללא רגישות, ללא אורגנומגלי.
כפות ידיים ומרפקים- שפשופים קלים, ללא הגבלת תנועה בידיים, דופק נימוש.
רגליים- רגישות בירך שמאל. ברוך שמאל- שפשופים שטחיים, כאב בהנעה. קרסול שמאל- שפשוף בחלק הלטרלי, נפיחות ורגישות. מעט הגבלת בתנועה. דופק ותחושה שמורים.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' פאר לינור ב- 11:55 04/03/2025

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מנשה	תאריך לידה: 31/10/2004
שם פרטי: מאור	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 21497767
כתובת: יפתח תל אביב- יפו	מין: זכר
טלפון: 0508263484	גיל: 20

תולדות המחלה

תאונת דרכים, חבלה ברגל שמאל

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	דופק	לחץ דם	סטורציה	כאב
09:04 04/03/2025	78	125/72	100	3

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	IntraMuscular
Drug Dosage: 0.5 ml	SRG	04/03/2025 11:24	Once Rate from nurse:0	BOOSTRIX SRG 0.5 ml	

מהלך ודיון

נרשם ע"י: קרליץ קורן לי, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 09:20 04/03/2025

דיווח / דיון: בן 20, בריא בדרכי, לא נוטל תרופות
רוכב קטנוע אשר פגע ברכ (חבש קסדה), ללא חבלת ראש.
מלין על חבלה בקרסול וחתך

במלרד

=====

מדדים: ל"ד 125/72, דופק 78, סטורציה 100 בא"ח

נרשם ע"י: דר' קרפף נמרוד מ.ר. 177749, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 09:34 04/03/2025

דיווח / דיון: בן 20, בריא בדרכי,

ללא רגישויות ידועות

לא נוטל תרופות

ביום קבלתו היה מעורב בתאונת דרכים כרוכב אופנוע כנגד רכב, לדבריו במהירות של כ-90 קמ"ש קינמטיקה גבוהה, חבש קסדה. לא נפתח חדר טראומה.
מלין על חבלות ירך, ברך, קרסול, משמאל וכפות ידיים דו"צ, שולל חבלת ראש חזה בטן. לאחר התאונה הצליח לשאת משקל.

בבדיקתו:

ירך שמאל- ללא סימני פציעה על גבי העור, מניע מפרק באופן מלא, רגישות קלה GT במישוש
ברך שמאל- שפשופים שטחיים באספקט קדמי, ללא רגישות, מניע ברך עם מנגנון יישור כיפוף שמור, יציבות וארוס ואלגוס תקינה.
קרסול שמאל- שפשוף שטחי נפיחות ורגישות סביב פטישון לטראלי, ללא רגישות פטישון מדיאלי או אחורי, מניע מעט קרסול עם הגבלה אנטלגית, NV שמור.
כפות ידיים- שפשופים שטחיים סביב כפות ידיים ואצבעות, מניע שורש כף יד אצבעות באופן מלא, שמור NV
גב- ללא סימני חבלה, ללא רגישות בניקוש לכל אורכו

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י ד"ר פאר לינור ב-04/03/2025 11:55

מלרד - אגף ב
מנהל: ד"ר שיבר שחף מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מנשה	תאריך לידה: 31/10/2004
שם פרטי: מאור	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 21497767
כתובת: יפתח תל אביב- יפו	מין: זכר
טלפון: 0508263484	גיל: 20

ת:
צילומים אגן קרסול ברך וכפות ידיים דו"צ
משככי כאב

נרשם ע"י: ד"ר פאר לינור מ.ר. 130228, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 04/03/2025 11:40

דיווח / דיון: המטופל נבדק על ידי בהגעתו:
מספר כי התנגש ברכב שלפניו במהירות גבוהה, האופנוע נפל על רגלו, לאחר מכן קם והזיז א האפנוע הצידה.
ללא אובדן הכרה או בחתתר אש, ללא הקאות
נינוח, אינו כאוב, ללא הזעה חוורון או התנשמות
ללא טיקרדיה, ל"ד שמורים

ניירולוגית - GCS 15, מניע 4 גפיים, מתהלך ודורך על הרגל

הושלם EFAST - ללא נוזל חופשי בחלל הבטן או בפריקרד, ללא פניאומוטורקס

הושלמו צילומי גפיים ורגל - ללא ממצא גרמי חריף, ראו יעוץ אורתופד

לסיכום, המטופל יציב המודינמי, לא חסר ניירולוגי, ללא חבלות נוספות, ללא צורך בהדמיה או המשך בירור במלרד

ישתחרר

נרשם ע"י: ד"ר קוסנקוב טום מ.ר. 183049, מלרד - אגף ב

תאריך עדכון: 04/03/2025 11:42

דיווח / דיון: בצילומים ברך שמאל, קרסול שמאל, כפות ידיים דו"צ, אגן ומפרקי ירכיים - ללא ממצא גרמי.

בהערכה חוזרת - דורך ונושא משקל.
קרסול שמאל - נפיחות דיפוזית סביב פטיון לטרלי, רגישות מוגברת באזור ה-DP. ATFL. נמוש היטב.

הוצג לד"ר חמודים, משוחרר אורתופדי עם ההמלצות:

- #חבישת פולידין לשיפשושים.
- #המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
- #נגד כאבים לפי הצורך.
- #פיזיותרפיה - הפעלה מלאה.
- #ביקורת אורתופד/ית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
- #בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת - לבדיקה רפואית.

המלצות

המלצה:

- #חבישת פולידין לשיפשושים.
- #המשך מעקב רופא מטפל וטיפול תרופתי קבוע.
- #נגד כאבים לפי הצורך.
- #פיזיותרפיה - הפעלה מלאה.
- #ביקורת אורתופד/ית בקהילה בעוד שבוע במקרה ולא חל שיפור בכאבים.
- #בכל החמרה לרבות אובדן שליטה על סוגרים, חולשת יד או רגל או כל החמרה אחרת - לבדיקה רפואית.

בכל בלבול, הקאות, חולשת יד או רגל - לפנות לבדיקת רופא בדחיפות

חופשת מחלה: 5 ימים.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' פאר לינור ב-04/03/2025 11:55

מלרד - אגף ב
מנהל: דר' שיבר שחק מ.ר. 88637
אחות אחראית: נחמי בקר
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: מנשה	תאריך לידה: 31/10/2004
שם פרטי: מאור	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 21497767
כתובת: יפתח תל אביב- יפו	מין: זכר
טלפון: 0508263484	גיל: 20

סטטוס מטופל בשחרור

משתחרר לביתו במצב יציב לאחר שהוסברו הממצאים וההמלצות

רופא אחראי

רופא: דר' פאר לינור מ.ר. 130228

נחתם ע"י: דר' פאר לינור מ.ר. 130228

חתימה:

כל ביקור במלרד"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' פאר לינור ב-04/03/2025 11:55

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מסמכים נלווים

חתימה דיגיטלית

רופא מטפל:	רשיון:
דר' פאר לינור	130228

חתימה דיגיטלית:

תאריך: 20/03/2025

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	מנשה מאור	מס זהות:	00214977670	גיל:	20.04	מין:	ז
ת.לידה:	31/10/2004	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	יפתח	טלפון נוסף:	50 - 7263484	
מס בית:	4	טלפון:	50 - 8263484					

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה
 תאריך תאונה: 04/03/2025
 שעת תאונה: 08:30
 אבחנות

קוד	אופן	אבחנה
A80		ACCIDENT/INJURY; NOS

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/ ואף לא בעבודה אחרת

מיום 04/03/2025	עד יום 20/03/2025	(בכלל)	סה"כ 17 ימים
20/03/2025	20/03/2025		

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

יד אליהו - תל אביב

ויקטור רדוביץ "נחתם דיגיטלית"

חותמת המרפאה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

1 מתוך 1

ריכוז ר

פרטים	
סך-כל התשלומים	6,639.50
ניכויי חובה-מסים	451.00
ניכויי חובה-נוספים	
ניכוי קופות גמל	
ניכוי ועדים	26.60
שכר נטו	6,161.90
ניכויים שונים	
נטו לתשלום	6,161.90

פרטי חשבון בנק

מספר חשבון	סניף	בנק
164770501	151	11

תעריפים

תיאור	סכום
נסיעה	22.60
יום	241.80
שעה	32.31

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 21497767-0
מצב משפחתי רווק
ילדים עד גיל 19
הכנסות בן/בת-זוג
קופת-חולים כללית
ארגון עובדים כללית
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה רגיל
סוג משרה יחידה
נתוני העסקה
התחלת עבודה 14/01/2025
מעמד עובד יומי
תפקיד 050 נציג/ה חידושים ותק
0158
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 6,639.00
אחוז מס שולי 10%
נקודות זיכוי 2.25
ערך נ.ז.זיכוי ממוצע 545
ברוטו לב.לאומי 6,639.50
פטור בגין מס ארגון 25.00
ב"ל מעסיק 298.90

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו למס רגיל	10,301
מס רגיל	155
פטור בגין מס ארגון	38.50
ב"ל מעסיק	464
הכנסה לא מבוטחת(ס) 47	10,301
ניכוי לסעיף 45א (35%)	
ניכוי לסעיף 47	
ערך נקודות זיכוי	871
הכנסה חייבת ב.ל.	10,302
דמי טיפול	77.00

יחידות מס

ס"ה"כ	02	01
40	25	15

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	2.25
------------	------

איי אי גי ישראל חב לביטוח בע"מ הסיבים 25 פ"ת
תיק ניכויים : 939390704 תאגיד : 512304882
מפעל : 01 1 מחלקה : 70 0054
תלוש שכר לחודש : **פברואר 2025**

מנשה מאור 15587

יפתח 4/4

תל אביב - יפו 6731410

0054 חידושים 70 חידושים מולטי

פברואר 2025

פרוט התשלומים

סמל	תאור	מחלקה	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
מרכיבים ותשלומים בגין משרה							
016	ש רגיל	רשת	32.31	167.25	5,403.80		
040	125%	רשת	32.31	17.83	720.10		
041	150%	רשת	32.31	5.77	279.60		
יע0	נוכחות	רשת		22.00			
	סה"כ תשלומים בגין משרה						6,403.50
תשלומים אחרים							
אט1	נסיעות אוטומטי	אוט'			236.00		
	סה"כ תשלומים אחרים						236.00
מידע נוסף (לא לתשלום)							
ד1	ש.ע. בפועל - אינפורמטיבי				190.85		
ד2	י.ע. בפועל - אינפורמטיבי				22.00		
	סה"כ תשלומים						6,639.50

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	ב"ל הפרשים	ביטוח בריאות	בב"ר הפרשים	דמי טיפול	סה"כ
117.00	69.00	215.00	50.00			451.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר עמית	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	ניכוי מהעובד
ועדים						
004	ועד	ועד עובדים 0.40%				26.60
	סה"כ ועדים					26.60
	סה"כ ניכויים לקופות					26.60

היעדרויות

פרטים	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	יתרה חדשה
חופשה	.58	1.00		1.58
מחלה	.87	1.50		2.37

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

ותק אצל המעסיק 00 שנים 02 חודשים
שכר מינימום : לחודש 5880.00 לשעה 32.30
שעות/ימים אפשריים : 20/168

1 מתוך 1

ריכוז

איי אי גי ישראל חב לביטוח בע"מ הסיבים 25 פ"ת
תיק ניכויים: 939390704 תאגיד: 512304882
מפעל: 01 0054 מחלקה: 70
תלוש שכר לחודש: ינואר 2025

מנשה מאור 15587

יפתח 4/4

תל אביב - יפו 6731410

0054 חידושים 70 חידושים מולטי

ינואר 2025

פרטי חשבון בנק

מספר חשבון	סניף	בנק
164770501	151	11

תעריפים

תיאור	סכום
נסיעה	22.60
שעה	32.31

נתונים נוספים

נתונים אישיים	
מספר זהות	21497767-0
מצב משפחתי	רווק
ילדים עד גיל 19	19
הכנסות בן/בת-זוג	
קופת-חולים	כללית
ארגון עובדים	כללית
ביטוח לאומי	רגיל
מס הכנסה	רגיל
סוג משרה	יחידה
נתוני העסקה	
התחלת עבודה	14/01/2025
עובד יומי	
תפקיד	050 נציג/ה חידושים
ותק	0.0058
נתונים חודשיים	
ברוטו למס הכנסה	3,662.00
אחוז מס שולי	10%
נקודות זיכוי	2.25
ערך נ.זיכוי ממוצע	545
ברוטו לב.לאומי	3,662.10
פטור בגין מס ארגון	13.50
ב"ל מעסיק	165.50

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו למס רגיל	3,662
מס רגיל	38
פטור בגין מס ארגון	13.50
ב"ל מעסיק	166
הכנסה לא מבוססת(ס)47	3,662
ניכוי לסעיף 45א (35%)	
ניכוי לסעיף 47	
ערך נקודות זיכוי	326
הכנסה חייבת ב.ל.	3,662
דמי טיפול	27.00

יחידות מס

סה"כ	01
15	15

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	2.25
------------	------

פרוט התשלומים

סמל	תאור	מחלקה	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
040	ש"מ 125%			רשת	32.31	3.15	127.20
000	יעד נוכחות			רשת		13.00	
	סה"כ תשלומים בגין משרה						127.20
018	שעות קורס			רשת	32.31	102.10	3,298.90
101	נסיעות אוטומטי			אוט'		236.00	
	סה"כ תשלומים אחרים						3,534.90
	מידע נוסף (לא לתשלום)						
01	ד.ש.ע. בפועל - אינפורמטיבי					105.25	
02	ד.י.ע. בפועל - אינפורמטיבי					13.00	
	סה"כ תשלומים						3,662.10

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	ב"ל הפרשים	ביטוח בריאות	בב"ר הפרשים	דמי טיפול	סה"כ
38.00	38.00		118.00		27.00	221.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר עמית	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	ניכוי מהעובד
004	ועד	ועד עובדים 0.40%				14.60
	סה"כ ועדים					14.60
	סה"כ ניכויים לקופות					14.60

היעדרויות

פרטים	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	יתרה חדשה
חופשה		.58		.58
מחלה		.87		.87

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

ותק אצל המעסיק 00 שנים 01 חודשים
שכר מינימום: לחודש 5880.00 לשעה 32.30
שעות/ימים אפשריים: 22/184

מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		דרגה		תחילת עבודה	
310		1		מנשה מאור		214977670						10/06/24	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק		סניף	
		327.6		45		5/5		37.25/37.25		11		151	
מסלולים/במסלול		מסלולים/במסלול										חשבון	
												164770501	
												מסלול לבנק	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום			
שכר יסוד		36.92		45.00						1,661.00			
שעות נוספות 125%		0.33		56.25		125.00				19.00			
נסיעות		5.00		9.00						45.00			
פדיון חופשה		1.30		327.60						426.00			
שווי ארוחות		5.00		15.00									
מס' עובד		מחלקה		שם עובד									

2,151.00	סה"כ תשלומים	25.00	ימי תקן	5880.02	אינטרמסטיבי - שכר מינום לחודש
		182.00	שעות תקן	32.3	אינטרמסטיבי - שכר מינום לשעה
63.00	סה"כ ניכויים				
2,088.00	שכר נטו				
2,088.00	נטו לתשלום				

הסכום	ניכוי חובה
7.00	ביטוח לאומי
56.00	דמי בריאות
63.00	סה"כ

סכום	כמות	יתרה	ניכוי רשות
			סה"כ

הערות:

ניהול העדויות				נתונים מצטברים			
סוג העדויות	יתרה קודמת	ניצל	יתרה	תשלומים	זכוי ס' 47	דמי חבר/טיפול	
חופש	1.1	1.3	0	510	זכוי אישי	חייב בלב.	11,507
				11,933	זכוי מסך	קופ"ג מעסיק	0.00
					זכוי גמל	קה"ל מעסיק	0.00
מחלה	1.64	0	1.95	404	זכוי משפחות	פיצויים מעסיק	0.00
צבירת חופש	0.2:				מסור		
צבירת מחלה	0.307:				מסור ס' 47		

08/01/2025 בתאריך

בוצע ע"י: עוכשי השקעות בע"מ

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תעודת ביטוח חובה

פקודת ביטוח רכב מנועי (נסח חדש), התש"ל 1970 (להלן פקודת הביטוח).

שים לב -

מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

רשימת המבטחים המשתתפים במאגר ואחוז השתתפותם בשנת 2021 יתנום אליה מתייחסת התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה: <https://www.pool.org.il>

כל מבטח מהמבטחים, אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. הפוליסה (שכתובתו רח' אצ"ל 1, ראשון לציון, מיקוד 7570603, טלפון: 03-9424300, mailsl@pool.org.il) הינה מורשה לקבלת כתבי בית דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי ליצגם בכל הליך משפטי ולשם כך למנות עורכי דין בשמם, מבלי שהדבר יטיל עליו או על מבטח כלשהו (לרבות מהמבטחים בפול) אחריות מעבר לחלקו היחסי כאמור.

מס' פוליסה	מס' רישוי	שם הסוכן	מס' הסוכן
203- 12403970524-00	69088802	הפול-מוקד טלפוני	20
שם בעל הפוליסה	מס' זהות / ח"פ	מס' סוכן משני	
מנשה אברהם	35863711		
כתובת בעל הפוליסה	בלי חותמת הבנק על תעודה זו - אין לה תוקף.		
יפתח 4 תל אביב - יפו			

מס' שילדה	סוג רכב לצורך ביטוחו	שם היצור והדגם	נפח מנוע/הספק	משקל הרכב מועד עליה לכביש	שנת ייצור/ מס' חסמים
H32000004654	אופנוע-בעלות פרטית כל נהג	ימאהה	125	2021	כחוק
סוג הרכב בהתאם לרישיון הרכב	אופנוע	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ו/או לשינויים בכתב יד			

מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: וז: 16/06/2024 מועד פקיעת הביטוח: 15/06/2025 בחצות. פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר <https://www.pool.org.il>

בני אדם הראשאים לנהוג ברכב:

רק בעל הפוליסה, בעל הרכב המחזיק ברכב כדון וכל המשתמש ברכב בהיתר, מאת מי מהם, ראשאים לנהוג ברכב.

ראה הגבלות, חריגים, וסייגים נוספים מטה.

מטרות השימוש המותרות ברכב:
חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחר או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6(א) (1) שבתחתית התעודה.

מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות:

כמכ ט בסעיפים שבתחתית התעודה שמספריהם נקובים בסעיפים: 6(א) (2), 6(א) (3), 6(א) (4), 6(ב) (ג).

הרבות בהיקף הכיסוי:

מע' TCS: כן, מע' EBA: לא, מע' CBS: לא, מע' ASC: לא, מע' ABS: כן.

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("פול")

יום ושעת הוצאה: 6/11/24 15:59 מספר ימי ביטוח: 365

סה"כ דמי ביטוח: 7,046.00 ₪

ספח לתעודת ביטוח חובה-שאלות חיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 2021, האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהג/נהגה. שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא, מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת", פרטית

7 בני אדם הראשאים לנהוג ברכב

- רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדון וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם ראשאים לנהוג ברכב.
- על אף האמור בסעיף הקטן (א), נקבע בתעודת הביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסוגל "מונית" ברישיון הרכב, כי חבות המבטח תכסה נהיגה ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, ראשי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור.
- נהג ברכב מי שאינו ראשי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

8 רישיון נהיגה

- מבטח פטור מחבותו לפי פוליסה זו אם הנהג ברכב לא היה בעל רישיון נהיגה ב-תוקף בישראל לנהיגת כל רכב מסוג כל הרכב המבוטח, ובאופנוע - בעל רישיון

תעודה לביטוח רכב חובה

6 מטרות השימוש המותרות

- חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחר או יותר מהמטרות אלה:
- מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן:
- מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות רישוי ("סטט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213 א לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרות אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח.

סניף יד אליהו 151

כתובת: דרך משה דיין

טלפון: 0768053526

פקס: 0768890151

טל':

טל':

צוות: כללית

מ.עסקים:

לכבוד מנשה מאור

כתובת: יפתח א0004/0004- תל אביב - יפו

מס' חשבון: 0164770501

מס' חשבון קודם: 0-00-237772

חילים משוחררים

אישור ניהול חשבון

א.ג.נ.,
הרינו לאשר כי בסניפנו מתנהל/מתנהלים חשבון/חשבונות עובר ושב הבאים:
0164770501 עו"ש מט"י שקל חדש
0192241526 עו"ש מט"ח אירו

על שם:
שם

מס' זיהוי

מנשה מאור

214977670

י פ ו י כ ח

- אני הח"מ, ש"ר מנשה, ת.ז. מס' 214973670, מרחוב סמ"ת / ארז יב, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נגד בענין תאונת דרכים מיום להיות באי כוחי במשפט של 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 הכרזת 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 25 לחודש 3 שנה 2025

חתימה: X 

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>	<u>טלפון</u>
מלך	מלך	214977670	050826484	0731410
<u>רחוב</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u>	<u>מיקוד</u>	<u>טלפון</u>
יפת	4	תל אביב	6731410	050826484

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או 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 ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או 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: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 25/3/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
מס' רשיון: 62254