

קטגוריות כלי הרכב Categories of vehicles

IL 066690090

A	A2		2012
	A1		
	A		
B		 	2004
C	C1		
	C		

D	D	
	D1	
	D2	
	D3	
E		
I		

Restrictive Conditions of Use

066690090

111012/268

מקור

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239
טלפון: 054-6544930

קבלה 'om 0123

המלך חזקיהו
לכבוד
כתובת
התקבל בעבור:
עפ"י חשבונית:
גמל - גמל
גמל - גמל
גמל - גמל

[illegible]

ת. תל@c-copy.co.il • 03-6053933 • מוקד כיבוי רבן - C-COPY

3.6.19

תאריך

חתימה

מקור

קבלה מס' 0144

100

לכבוד

כתובת

התקבל בעבור: _____

[illegible]

☎ . tlvc-copy.co.il . 03-5093933 . סניף מכר ברק . 0-COPY

4.9.19

תאריך

חתימה

ע.מ: 066630930

מקור

אריאל פרייברג, עו"ד

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239
טלפון: 054-6544930

קבלה מס' 0145

לכבוד אילון חברה פיסיון
כתובת מסלול הולד 17 ר"ג
התקבל בעבור: חן וארי סלר
עפ"י חשבונית:

מס' צ'ק	מס' חשבון	בנק/סניף	ז. פרעון	סכום
				3500
				9,742
מזומן / העברה בנקאית / אשראי				
			סה"כ	

C-COPY סניף כפר רבין • 03-6093933 • tl@tlv.co.il

תאריך 11.9.19

חתימה 

מקור

טלפון: 054-6544930

קבלה 'on 0148

עפ"י חשבונית:

1722

לכבוד

১৩

כתובת

1507

127

התקבל בעבור: _

[illegible]

ת.ת.ל. - סניף כיכר רבין • 03-6093933 • t.t.l@e-copy.co.il

18.9.19

תאריך

חתימה

ע.מ: 066630930

מקור

אריאל פרייברג, עו"ד

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239

טלפון: 054-6544930

חשבונית מס/קבלה 0440

נתקבל מאת: קרן זמאן
 כתובת: החלום 3, תל אביב
 הענין: ז"פ שוטף

חיוב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
4,485		שכ"ט
		הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
762	מע"מ 17%	
	תקבול שאינו חייב במס	
5,247	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: חמש אלפים מאתיים ארבעים ושבע
 שולם במזומן / העברה בנקאית בנק 12 סניף 790 ח"ן 367510 סכום 5,247

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
 בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
 בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

ניכוי במקור _____

הערות _____

חתימה

26.3.18 תאריך

מקור

חשבונית מס/קבלה 0444

נתקבל מאת: קרן גולן
כתובת: קרן גולן
הענין: יוזם שטח קוליס

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
664		שכ"ט
		הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
113	מע"מ % 17	
	תקבול שאינו חייב במס	
777	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: שלו מאות שנים ושלשים

שולם במזומן / העברה בנקאית בנק סניף מזרחי ח"ן בנקאות סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

ניכוי במקור

הערות

תאריך 8.4.18 חתימה א

מקור

חשבונית מס/קבלה 0458

נתקבל מאת: קרן דשא
כתובת: ת"ש
הענין: שכר סניף 6 סניף - חלום

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
3,243		שכ"ט
		הוצאות
		פקדון
		שבות
		סה"כ
551	מע"מ % 17	
	תקבול שאינו חייב במס	
3,794	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: שלוש אלפים שבע מאות וחמשים וארבע

שולם במזומן / העברה בנקאית בנק: בנק הפועלים סניף: ת"ש סכום: 3,794

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

ניכוי במקור _____

הערות _____

תאריך: 24.5.18
חתימה: [חתימה]

חשבונית מס/קבלה 0488

נתקבל מאת: עין קול
כתובת: הש
הענין: מל"מ - חלום

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
1,485		שכ"ט
		הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
253	מע"מ % 17	
	תקבול שאינו חייב במס	
1,738	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: אלף שבע מאות ושלשים

שולם במזומן / העברה בנקאית בנק _____ סניף _____ ח"ן _____ סכום _____
בשיק מס: _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
בשיק מס: _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
בשיק מס: _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
ניכוי במקור _____

הערות: הוצאתי ש"ח בקבלה
תאריך: 22.8.17
חתימה: [חתימה]

מקור

חשבונית מס/קבלה 0508

נתקבל מאת: א"ר קרן קמחי
כתובת: ג"ש
הענין: ס"ח - ס"ח - ס"ח

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
417		שכ"ט
		הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
71	מע"מ % 17	
	תקבול שאינו חייב במס	
488	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: א"ר קרן קמחי ושות'.

שולם במזומן / העברה בנקאית בנק _____ סניף _____ ח"ן _____ סכום _____

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

ניכוי במקור _____

הערות: הוצאה ס"ח בקבלה כולל

תאריך: 16.10.18 חתימה: א

מקור

חשבונית מס/קבלה 0530

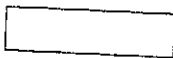
נתקבל מאת: הרן
כתובת: ת"ש
הענין: ג'רלד

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
1,890		שכ"ט
		הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
320	מע"מ 17%	
	תקבול שאינו חייב במס	
2,200	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: אלפים
שולם במזומן / העברה בנקאית: בנק סניף ח"ן סכום סכום
בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום סכום
בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום סכום
בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום סכום

ניכוי במקור: החזר
הערות: החזר
תאריך: 26.11.19
חתימה: חתימה

ע.מ: 066630930



מקור

אריאל פרייברג, עו"ד

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239

טלפון: 054-6544930

חשבונית מס/קבלה 0608

ד"ר קרן גולן

נתקבל מאת:

ת"פ
ג'סון גולן

כתובת:

הענין:

חיוב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
2,409		שכ"ס
		הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
410	17%	מע"מ
		תקבול שאינו חייב במס
2,819		סה"כ לתשלום כולל מע"מ

אנשים שלא זכאים

הסכום במילים:

שולם במזומן / העברה בנקאית בנק סניף ח"ן סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

ניכוי במקור

הערות

חתימה

10.6.19

תאריך

ע.מ: 066630930

אריאל פרייברג, עו"ד

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239

טלפון: 054-6544930



מקור

חשבונית מס/קבלה 0651

נתקבל מאת: אלד קרן גמלי
כתובת: רחובות 3, ת"א
הענין: מיסים

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
1,687		שכ"ט
	712	הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
287	מע"מ % 17	
712	תקבול שאינו חייב במס	
1,974	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: אלפים שתיים וארבע מאות
שולם במזומן / תעברה בנקאית בנק _____ סניף _____ ח"ן _____ סכום _____
בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____
ניכוי במקור _____
הערות: הוצאות
תאריך: 12.9.19
חתימה: _____

ע.מ: 066630930



מקור

אריאל פרייברג, עו"ד

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239

טלפון: 054-6544930

חשבונית מס/קבלה 0656

נתקבל מאת: ד"ר קרן גמלי
כתובת: במחנה 3, ת"ש
הענין: טיפול משפטי

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
3,262		שכ"ט
		הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
555	מע"מ 17%	
	תקבול שאינו חייב במס	
3,817	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: שלוש אלפים שמונה מאות ושלשים שקל

שולם במזומן / העברה בנקאית: בנק סניף ח"ן סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

ניכוי במקור

הערות כאשר מן סקדור

תאריך 23.9.19 חתימה 6

ע.מ: 066630930

אריאל פרייברג, עו"ד

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239

טלפון: 054-6544930

מקור

חשבונית מס/קבלה 0699

נתקבל מאת: קרן דמאי
כתובת: תל אביב
העבין: "אור שמש"

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
603		שכ"ט
		הוצאות
		פקדון
		שגות
		סה"כ
103	מע"מ 17%	
	תקבול שאינו חייב במס	
706	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: שבע מאות ועשר

שולם במזומן/העברה בנקאית/בנק סניף ח"ן הכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

בשיק מס' בנק סניף ז"פ סכום

ניכוי במקור

הערות: אין הקדמות

תאריך: 5.1.20 חתימה: [חתימה]

מקור

חשבונית מס/קבלה 752

נתקבל מאת: קרן גל
כתובת: תל אביב
הענין: יזום גשר

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
7,215		שכ"ט
		הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
7,226	מע"מ % 17	
	תקבול שאינו חייב במס	
8,441	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: שמונה אלפים ארבע מאות וארבעים ושתיים

שולם במזומן / העברה בנקאית בנק _____ סניף _____ ח"ן _____ סכום _____

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

ניכוי במקור _____

הערות _____

תאריך: 22.4.20 חתימה: [חתימה]

העברה לחשבון אקראי

③ סיום < ② אישור ההוראה < ① הזנת נתוני הוראה

סניף: 317 מספר חשבון: 133470 תאריך: 05/01/2020 שעה: 19:17

✓ הוראת ההעברה נקלטה

פרטי הפעולה

העברה בסכום של 3,069.00 ש"ח לביצוע ביום 06/01/2020

לזכות: קרן דמאין

בנק: 12 הפועלים סניף: 603 חשבון: 52371

הערת לקוח: פוליסה הראל

פעולת ערוץ ישיר זו היא אחת ממכמה 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, תחוייב בעמלת מינימום בסך 6.30 ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וייגבו 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.

הודעת ביצוע תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

פירוט/ביטול הוראות

ט.ל.ת. גשמח לשרתך בכל עת.

העברה בין חשבונות

① הזנת נתוני הוראה < ② אישור ההוראה < ③ סיום

סניף: 317 מספר חשבון: 133470 תאריך: 05/01/2020 שעה: 19:18

✓ הוראת ההעברה נקלטה

פרטי הפעולה

העברה בסכום של 706.00 ש"ח תבוצע ביום 06/01/2020

לזכות: פרייברג אריאל

בנק: 14 הבינלאומי אוצר החייל סניף: 317 חשבון: 135082

הערת לקוח: שכת קרן דמאיו

לתשומת לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה.

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 וייגבו בתחילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - ראה תעריפון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

לידיעתך, האחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך

ונתונים אלה אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום.

הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים

שגויים ו/או לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך.

הודעת ביצוע תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

פירוט/ביטול הוראות

ט.ל.ח. נשמח לשרתך בכל עת.

ז' לחשבון אקראי

הזנת נתוני הוראה < ② אישור ההוראה < ③ סיום

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 07/02/2018 שעה: 18:26

את ההעברה נקלטה

ז' פעולה

כום של 2,967.00 ש"ח תבוצע ביום 07/02/2018

דמאיו

הפועלים סניף: 603 חשבון: 52371

ז' פיצוי בגין שבר - איילון

י' ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה
(. בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 2.50 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה"
ע ישראלי בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.90 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום
ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה
לת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - ראה
לות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

נחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך
ז' אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום.
ז'יה אחראי לכל חזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים
לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך.
העברה לחשבון, אשר אינו מתנהל על שמך, מהווה הצהרתך כי קיבלת הסכמת בעל
גבר להעברה ולזיכוי חשבוננו בסכום ההעברה, והבנק רשאי למסור לו את פרטיך.
ושבון המעבר יורה לבנק, בכל עת, להשיב לך את הסכום שהועבר, הבנק רשאי לזכות
בסכום ההעברה.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

הוראות

נשמח לשרתך בכל עת.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
מחנני	3	066690000	
רחוב	מס'	עיר	טלפון

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 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 האב _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

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

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ישראל פרידמאן, מרחוב החורית 3 ת.ז. מס' 566690090
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרידמאן ו/או נא בענין תאונת דרכים מיום 27/09/17 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, 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 בהעדר.
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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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.

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, קרן 143, מרחוב החורב 3 ת.3, מס' 066690090,
ת.ז. מס' 066690090, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 27.9.17
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 הכת, 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.

יפוי כח

אני הח"מ, מרדכי אריאל, מרחוב החיות 3, ת.ז. מס', 06665009,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של נגד
בענין תאונת דרכים מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי
הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הנאות, 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 חזין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתי 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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 _____ לחודש _____ שנה _____

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

מכבי שירותי בריאות

שירות רפואי מסמך

ד"ר ביין אברהם

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רישון: 18667

כתובת: גרינברג 18, ראשון לציון

טלפון: 03-9561394

תעודת רפואית חספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה דוא"ל	שם פרטי ק"ר	שם האב משה	מס' זהות 66690090	שכ"ר ק
יגאל תל אביב - יפו	רחוב ההרדסים	מס' 3	מיקוד 5772003	שנת לידה 1984
שם המעביד וכתובתו		טלפון 0546776757		

תוצאות הבדיקה:

ביקור חוזר מתאריך: 13/02/2018

ביקור חוזר מתאריך: 31/01/2018
ביקור חוזר מתאריך: 17/12/2017
ביקור חוזר מתאריך: 03/12/2017
ביקור חוזר מתאריך: 12/11/2017
ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2017
ביקור חוזר מתאריך: 01/10/2017
טופלה בבית חולים איכילוב תיד הונחה בגבס

לכל שבר בעצם הגבולאר וההמט שורש כף יד שמאל
הגבלה בברך ימין זרוע שמאל ובשד שמאל
וכחלה כאבים בשש צארי וגם בגב תחתון
הגבלה ב תנועה ללא חסר באורולוגי
צילום בירכיים תקין
סמ שבר מחובר
MRI תקין
הופש לפי דר אבישר

אח מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- FRACTURE HAMATE (UNCIFORM)
- FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED
- LOW BACK PAIN
- ARTHRALGIA

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודת מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 27/09/2017

דעתי היא, שאי כושר זה ימשיך עוד, לפחות: 21 ימים, היינו מיום: 20/03/2018

עד יום: 09/04/2018 (בכלל).

27/09/2018

חתימה ותותמת הרופא

תאריך הבדיקה

ד"ר אברהם ביין
אברהם ביין
אברהם ביין

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

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 30 בחודש 10 שנה 2017

בין : קרן אביב (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד וביקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום 10/10/17 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 /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.

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג.

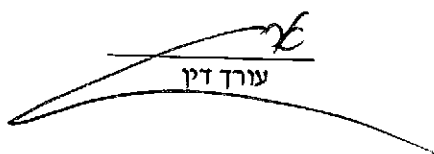
6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

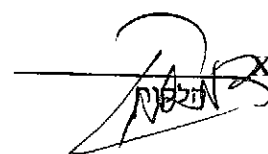
7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן:



- 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:


עורר דין



קרן דמאיו- פרטי ח-נ בנק

1 message

Wed, Feb 7, 2018 at 2:20 PM

Keren Damayo <keren@damayolaw.co.il>

To: Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

אריאל,

להלן פרטי ח-נ הבנק שלי:

ח-נ 52371

סניף 603

בנק הפועלים (12)

כמובן שאין לחץ הכל בסדר

תודה

בכבוד רב,

קרן דמאיו, עו"ד ומגשרת

מרח' שלם 3, רמת-גן

טלי: 072-2792777 פקס: 072-2792778

נייד: 054-6776757

המידע הכלול בהודעה אלקטרונית זו, ובכלל זה בצרופותיה, מיועד אך ורק לאדם או לגוף אליהם נשלח והוא עשוי לכלול חומר סודי ואו חסוי.

עיון בהודעה, העברתה לאחר, הפצתה או עשיית שימוש אחר בה וכן עשיית כל פעולה בהסתמך עליה על ידי גופים או אנשים אחרים מאלו שאליהם יועדה ההודעה, אסורים.

אם קיבלת הודעה זו בטעות, בין במישרין ובין בהעברה מצד שלישי, אנא חודע על כך לשולח, מחק את ההודעה מהמחשבים שברשותך וחשמד את כל עותקיה. תודה.



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים
 יחידת בוחנים מחוז תא 01/10/2017 י"א תשרי תשע"ח 14:46
יחידה
תאריך
מס' תיק מסוף 1 - 2017 - 17882 - 2008
טלפון 03-6801502
כתובת אמצ' 2, תל אביב
נושא המסמך

מספר תיק פלא 2017
סיווג תיק ת.ד.
מס' מסמך בתיק א
פקס 03-6803607
מייל ohanim.telaviv@police.gov.il
437666 / כללי

לכל המעוניין
 1. תאריך התאונה: 27/09/2017 בשעה 16:30
 2. מקום התאונה: תל אביב - יפו. רחוב דיזנגוף 50 בכביש עירוני
 הערות מקום:
 3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב 5211713	סוג רכב אופנוע	פרטי הרכב: סאן יאנג טיואן	תוצר רכב סוג לוחית ישראלית
חברת ביטוח הפול הישראלי	מספר פוליסה 20376150033931600	שם קרן דמאיו	שנת לידה 21/12/1984
שיוך המעורב (1) נהג	ת.ז. 66690090	קופ"ח / בית חולים הדסה עירונ - איכילוב	חומרת הפגיעה
כתובת ת"א - יפו, החותרים 3	מעורבים ברכב:	תוצר רכב רנו טורקיה	סוג לוחית ישראלית
מספר רכב 9167226	סוג רכב מונית	מספר פוליסה	שנת לידה
חברת ביטוח לא הוצג	מעורבים ברכב:	שם	חומרת הפגיעה
שיוך המעורב (1) נהג	ת.ז.	קופ"ח / בית חולים	כתובת

4. פרטי הולכי רגל:
 5. כמות נפגעים: 1
 מצב התיק: בחקירה
 מתאריך: 01/10/2017

פרטי המטפל בתיק
מ"א
 575415
שם משפחה
 ויטלי
שם פרטי
 אליעזר

פרטי השוטר המוסר
מ"א
 575415
דרגה
 רסב
שם משפחה
 ויטלי
שם פרטי
 אליעזר

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.

מגדל	10.8%	הראל	10.3%	כלל	10.2%
הפניקס	10.2%	מנורה	10.0%	אילון	9.0%
ביטוח ישר	8.8%	הכשרה	8.3%	שומרה	7.3%
שלמה חברה לביטוח	6.9%	שירביט	3.5%	א.י.א.י.ג'י	3.2%
בטוח חקלאי	1.5%				

בביטוח בהתאם לתעודה זו משתתפים המבטחים ששמותיהם מצוינים לעיל, כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - "המבטחים"). כל מבטח מהמבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות.

הפול, שכתובתו רח' אצ"ל 1, ראשון לציון, ת.ד. 17160 ראשל"צ 75070, טלפון: 03-9424300, הינו מורשה לקבלת כתיב ביידין 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' תעודה	מס' פוליסה	מס' רישוי	שם הסוכן	מס' הסוכן	חותמת הבנק
7562091	203-761500339316-00	5211713	הפניקס - מטרוד	51	המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("פול")
שם בעל הפוליסה	מס' זהות / ז"פ	מס' סוכן משני	מס' זהות / ז"פ	מס' סוכן משני	מס' סוכן משני
דמאיו קרן	66690090				
כתובת בעל הפוליסה	החותרים 3 תל אביב-יפו	מס' תשלום וחונמת הבנק	תעודה א - אין לה תוקף	מס' תשלום וחונמת הבנק	תעודה א - אין לה תוקף
מס' שילדה	סוג הרכב לצורך ביטוח	יצרן/דגם	סמ"ק/הספק	משקל	שנת יצור
10WXCS005670	אופנוע	סאן יאנג מיו	101		2012
סוג הרכב בהתאם לרשיון הרכב:	אופנוע - נהג נקוב בשם	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ו/או לשינויים בכתב יד			

מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 1/10/2016 מועד פקיעת הביטוח: 30/09/2017 בחצות.

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: **ת"ז 66690090 דמאיו קרן בלבד**

כמפורט בסעיף 7 (ב) בגב התעודה.

ראה הנבלות, חריגים וסייגים נוספים מעבר לדף. מסירת השימוש המותרות ברכב.

חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6 (א) (1) שבגב התעודה.



מטרות עסקיות של המבטח שאינן כוללות: כמפורט בסעיפים שמעבר לדף שמספריהם נקובים בסעיפים: 6 (א) (2), 6 (א) (3), 6 (א) (4), 6 (ב), 6 (ג).

הרחבות בחיקוק הכיסוי:

אם מאשרים בשם המבטחים כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה, מוצאת לפי הוראות הפקודה:

המאגר הישראלי לבטוחי רכב ("פול")

סמ"כ 3,873.00 יום ושעת הוצאה: 25/09/16 12:38 מספר ימי ביטוח: 365

ספח לתעודת ביטוח חובה - נשאלות מיתום ותשובות בעל הפוליסה בעת רכישת הפוליסה בעל הפוליסה כי: גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 31, האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהגת / נהגת, שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: 2012, מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 00, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת": פרטית

(3), (40)

חידוש לביטוח - אופנוע

שקל חדש
800

דמי ביטוח

ענף: 18 פוליסה: 17/075/018/1120379 תוספת: 0

שם המבוטח: דמאיו קרן

14

כתובת: יד חרוצים

תל אביב - יפו מיקוד: 67778

800

לתשלום במזומן

מס. מזהה: 66690090/ת

0.00% דמי אשראי

תקופת הביטוח: מ-1/10/2017 שעה: 00:01

עד-30/09/2018 שעה: 24:00

800

סה"כ לתשלום

*** כפוף ל"פוליסה לביטוח כלי רכב למעט כלי רכב פרטי ומסחרי עד 3.5 טון" (07/16)

סמ"ק: 100

שנת יצור: 2012

מס. רישוי: 5211713 מס. שלדה:

קוד דגם: 5069129 הילוכים: רגיל

מס. מקומות: 2

דגם: סאן יאנג מיו

כל הסכומים נקובים בשקל חדש

פרמיה
שנתית

שעור
הפרמיה

סכום
הביטוח

תאור הכסוי

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:
כמפורט בסעיף משנה 2 של סעיף 1 לפרק ה'.
שם הנהג הרשאי לנהוג: דמאיו קרן
ת.ז.: 66690090
השימוש המותר ברכב כמפורט בסעיפי המשנה:
21, 22, 24, 31, 35 של סעיף 2 לפרק ה'.

509

חישוב הפרמיה צד ג' בלבד

97

ביטול השתתפות עצמית

אם בעקבות ארוע המכוסה על פי פוליסה זו יעלה סכום הנזק על סכום ההשתתפות העצמית הנקוב להלן, יהא המבוטח פטור מתשלום ההשתתפות העצמית.
אם סכום הנזק יהיה נמוך או שווה לסכום הנקוב להלן, ישא המבוטח בתשלום הנזק בעצמו.

194

פרק ג', בטוח אחריות כלפי צד ג' בשל נזקי רכוש בתוקף עד לסך 547,000 ש"ח.

השתתפות עצמית: 500 ש"ח.
השתתפות עצמית לנהגים מתחת גיל 24 שנים,
ו/או נהגים עם ותק פחות משנה:
1,150 ש"ח

שנים לב -

רח' אצ"ל 1, ראשון צ.טל' 03-9424300

פקודת ביטוח רכב ממועי (נוסח חדש), התש"ל 1970 (להלן פקודת הביטוח)

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.

להלן אחוז השתתפות החברות ב-2016, כפוף להתאמה לפי תקנון הפול¹

10.2%	כלל	10.3%	הראל	10.8%	מגדל
9.0%	אילון	10.0%	מנורה	10.2%	הפניקס
7.3%	שומרה	8.3%	הכשרה	8.8%	ביטוח ישיר
3.2%	אי.א.ג'י	3.5%	שירביט	6.9%	שלמה חברה לביטוח
				1.5%	בטוח חקלאי

בביטוח בהתאם לתעודה זו משתתפים המבטחים ששמותיהם מצוינים לעיל, כשאחד השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - "המבטחים"). כל מבטח מהמבטחים, אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות.

הפול, שכתובתו רח' אצל 1, ראשון לציון, ת.ד. 17160 ראשל"צ 75070, טלפון: 03-9424300, הינו מורשה לקבלת כתיבי בי-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' תעודה		מס' פוליסה		מס' רישוי		שם הסוכן		מס' הסוכן		חומת הבנק	
7562091		203-761500339316-0		5211713		הפניקס - מטרוד		51		המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") סכום: 3,873.00 ש"ח שולם באמצעות בנק אגוד חן: 063 - 20403/58 12:38 25/09/2016	
שם בעל הפוליסה		מס' זהות / ח"פ		מס' סוכן משני							
דמאיו קרן		66690090									
כתובת בעל הפוליסה		מס' תשלום וחומת הבנק		מס' תעודה זו - אין לה תוקף							
החותרים 3 תל אביב-יפו											
מס' שילוח		סוג הרכב לצורך ביטוחו		יצרן/דגם		סמ"ק/הספק		משקל		שנת ייצור	
10WXCS005670		אופנוע		סאן יאנג מיו		101				מועד עלייה לכביש כולל בהגה	
										מס' מסייעים	
										2012	
										כחוק	
סוג הרכב בהתאם לרשימת הרכב:		אופנוע - נהג נקוב בשם		אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ואין לשינויים בכתב יד							

מועד תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה העודה או בחתמת הבנק, אך לא לפני: 1/10/2016 מועד פקיעת הביטוח: מועד פקיעת הביטוח: 30/09/2017 בחצות

66690090 דמא'ו קרן בלבד

כמפורט בסעיף 7 (ב) בגב התעודה.

ראה הגבלות, חריגים וסייגים נוספים מעבר לדף.
מסלול השימוש המותרות ברכב:

חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר מהמטרות כמפורט בסעיף 6(א) (1) שבגב התעודה.



מסורת עסקית של המבוסס שאין מכלולות:
כמפורט בסעיפים שמעבר לדף שמספריהם נקובים בסעיפים:
6 (א) (2), 6 (א) (3), 6 (א) (4), 6 (ב), 6 (ג).

הרחבות בהיקף הכיסוי:

אנו מאשרים בשם המבטחים כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה, מוצאת לפי הוראות הפקודה:

ישראל אברהם

המאגר הישראלי לבטוחי רכב (ה"פולי")

365 מספר ימי ביטוח: 12:38 25/09/16 יום ושעת הוצאה: 3,873.00 מי ביטוח

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

לכך נהגה הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: ³¹ האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהגת / נהגת הג' , שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: ³² 2012 , מספר האזנות שהביאו לתביעות בבית דין רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: ³³ מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: ³⁴ , רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת": פרטית

שקל חדש
606

דמי ביטוח

ענף: 18 פוליסה: 16/075/018/1120379 תוספת: 0

שם המבוטח: דמאיו קרן

14

כתובת: יד חרוצים

מיקוד: 67778

תל אביב - יפו

606

לתשלום במזומן

שעה: 00:01

מס. מזהה: 66690090/ת

תקופת הביטוח: מ-1/10/2016 עד-30/09/2017 שעה: 24:00

606

סה"כ לתשלום

*** כפוף לפוליסה לביטוח כלי רכב למעט כלי רכב פרטי ומסחרי עד 3.5 טון" (06/13) *****

סמ"ק: 100

שנת יצור: 2012

מס. רישוי: 5211713

קוד דגם: 5069129

מס. מקומות: 2

דגם: סאן יאנג מיו

כל הסכומים נקובים בשקל חדש

פרמיה
שנתית

שעור
הפרמיה

סכום
הביטוח

תאור הכסוי

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:
כמפורט בסעיף משנה 2 של סעיף 1 לפרק ה'.
שם הנהג הרשאי לנהוג: דמאיו קרן
ת.ז.: 66690090
השימוש המותר ברכב כמפורט בסעיפי המשנה:
21, 22, 24, 31, 35 של סעיף 2 לפרק ה'.

509

חישוב הפרמיה צד ג' בלבד

97

ביטול השתתפות עצמית

אם בעקבות ארוע המכוסה על פי פוליסה זו יעלה סכום הנזק על סכום ההשתתפות העצמית הנקוב להלן, יחא המבוטח פטור מתשלום ההשתתפות העצמית.
אם סכום הנזק יהיה נמוך או שווה לסכום הנקוב להלן, ישא המבוטח בתשלום הנזק בעצמו.

פרק ג', בטוח אחריות כלפי צד ג' בשל נזקי רכוש בתוקף עד לסך 450,000 ש"ח.

השתתפות עצמית: 500 ש"ח.
השתתפות עצמית לנהגים מתחת גיל 24 שנים, ו/או נהגים עם ותק פחות משנה:
750 ש"ח

סכום הביטוח
שעור הפרמיה
פרמיה שנתית

תאור הכסוי

מוצתר ומוסכם בזה כי הפוליסה מכסה מקרה ביטוח שארע בשטח מדינת ישראל, אזור יהודה ושומרון (למעט שטחי האוטונומיה).

606

סה"כ פרמיה שנתית

פירוט התשלומים בפוליסה זו:

דמי הביטוח יגבו ב 5 תשלומים חודשיים שווים ורצופים בסך 121 ש"ח כל תשלום. אם מועד התשלום יחול לא יאוחר מ-36 ימים מיום תחילת הביטוח, לא תחול הצמדה. תשלום ראשון החל מתאריך 5/10/2016 באמצעות כרטיס אשראי ישראלכרט המסתיים ב: 0542. לא שולמו דמי הביטוח במועדם כאמור ו/או חל שינוי בפריסת תשלום דמי הביטוח ומועדם. יוצמד סכום דמי הביטוח למדד מיום תחילת הביטוח עד יום התשלום בפועל.

בשם החברה: מטרו דגן בטוח כללי בעמ
הפניקס
חברה לביטוח בע"מ

זהו לקוח: 66690090 / ת

תאריך הדפסה: 25/09/2016
פוליסה קודמת: 15/075/018/1120379 זהו משני: 3578735
קולקטיב: 10468
חודש בורדרו: 09/2016 מקיש: 18046 מאשר: 18046

מדד: 12243.01

צוות: צוות רונית חקשור
שם הסוכן: מטרו דגן בטוח כללי בעמ

חתם: ליזה שרייבר
עותק למבוטח

(3), (40)

חידוש לביטוח - אופנוע

שקל חדש

606

דמי ביטוח

ענף: 18 פוליסה: 16/075/018/1120379 תוספת: 0

שם המבוטח: דמאיו קרן

14

כתובת: יד חרוצים

מיקוד: 67778

תל אביב - יפו

606

לתשלום במזומן

0.00% דמי אשראי

שעה: 00:01

מס. מזהה: 66690090

שעה: 24:00

מ-1/10/2016 עד-30/09/2017

606

סה"כ לתשלום

*** כפוף לפוליסה לביטוח כלי רכב למעט כלי רכב פרטי ומסחרי עד 3.5 טון" (06/13)

סמ"ק: 100

שנת יצור: 2012

מס. רישוי: 5211713

קוד דגם: 5069129

מס. מקומות: 2

דגם: סאן יאנג מיו

כל הסכומים נקובים בשקל חדש

פרמיה

שעור

סכום

שנתית

הפרמיה

הביטוח

תאור הכסוי

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:

כמפורט בסעיף משנה 2 של סעיף 1 לפרק ה'.

שם הנהג הרשאי לנהוג: דמאיו קרן

ת.ז.: 66690090

השימוש המותר ברכב כמפורט בסעיפי המשנה:

21, 22, 24, 31, 35 של סעיף 2 לפרק ה'.

509

חישוב הפרמיה צד ג' בלבד

97

ביטול השתתפות עצמית

אם בעקבות ארוע המכוסה על פי פוליסה זו יעלה סכום הנזק על סכום ההשתתפות

העצמית הנקוב להלן, יהא המבוטח פטור מתשלום ההשתתפות העצמית.

אם סכום הנזק יהיה נמוך או שווה לסכום הנקוב להלן, ישא המבוטח בתשלום הנזק

בעצמו.

פרק ג', בטוח אחריות כלפי צד ג' בשל נזקי

רכוש בתוקף עד לסך 450,000 ש"ח.

השתתפות עצמית: 500 ש"ח.

השתתפות עצמית לנהגים מתחת גיל 24 שנים,

ו/או נהגים עם ותק פחות משנה:

750 ש"ח

סכום הביטוח
שעור הפרמיה
פרמיה שנתית

תאור הכסוי

מוצהר ומוסכם בזה כי הפוליסה מכסה מקרה ביטוח שארע בשטח מדינת ישראל, אזור יהודה ושומרון (למעט שטחי האוטונומיה).

606

סה"כ פרמיה שנתית

פירוט התשלומים בפוליסה זו:

דמי הביטוח יגבו ב 5 תשלומים חודשיים שווים ורצופים בסך 121 ש"ח כל תשלום. אם מועד התשלום יחול לא יאוחר מ-36 ימים מיום תחילת הביטוח, לא תחול הצמדה. תשלום ראשון החל מתאריך 5/10/2016 באמצעות כרטיס אשראי ישראל כרטיס המסתיים ב: 0542 לא שולמו דמי הביטוח במועדם כאמור ו/או חל שינוי בפריסת תשלום דמי הביטוח ומועדם. יוצמד סכום דמי הביטוח למדד מיום תחילת הביטוח עד יום התשלום בפועל.

בשם החברה: מטרו דגן בטוח כללי בעמ
הפניקס
חברה לביטוח בע"מ

זהו לקוח: 66690090 / ת

תאריך הדפסה: 25/09/2016

פוליסה קודמת: 15/075/018/1120379 זהו משני: 3578735

קולקטיב: 10468

מדד: 12243.01

חודש בורדרו: 09/2016 מקיש: 18046 מאשר: 18046

חתם: ליזה שרייבר צוות: צוות רונית חקשור אשכול: תיכון
עותק למבוטח שם הסוכן: מטרו דגן בטוח כללי בעמ

פרמיה
שנתית

שעור
הפרמיה

סכום
הביטוח

תאור הכסוי

מוצהר ומוסכם בזה כי הפוליסה מכסה מקרה ביטוח שארע בשטח מדינת ישראל, אזור יהודה ושומרון (למעט שטחי האוטונומיה).

* לידיעתך, *
* מידע מרוכז של כל מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל *
* ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות *
* במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים *
* שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך להודיע *
* לנו על כך באמצעות אתר האינטרנט של החברה בכתובת: fnx.co.il באזור האישי, *
* או באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון 3455. *
* לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח *
* את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. *
* ככל שניתנה הודעה להסרה כאמור על ידך לחברה בעבר, יש לראות הודעה זו *
* כמבוטלת. *

800

סה"כ פרמיה שנתית

פירוט התשלומים בפוליסה זו:

דמי הביטוח יגבו ב 6 תשלומים חודשיים שווים ורצופים בסך 133 ש"ח
כל תשלום. אם מועד התשלום יחול לא יאוחר מ-36 ימים מיום תחילת הביטוח,
לא תחול הצמדה.
תשלום ראשון החל מתאריך 5/10/2017 באמצעות כרטיס אשראי ישראכרט
המסתיים ב: 0542
לא שולמו דמי הביטוח במועדם כאמור ו/או חל שינוי בפריסת תשלום דמי הביטוח
ומועדם. יוצמד סכום דמי הביטוח למדד מיום תחילת הביטוח עד יום התשלום בפועל.

בשם החברה: מטרו דגן בטוח כללי בעמ
הפניקס
חברה לביטוח בע"מ

זהו לקוח: 66690090 / ת

זהו משני: 3578735

תאריך הדפסה: 6/09/2017

פוליסה קודמת: 16/075/018/1120379

קולקטיב: 10468

מדד: 12193.78

חודש בורדרו: 09/2017 מקיש: 18046 מאשר: 18046

צוות: צוות רונית חקשור
שם הסוכן: מטרו דגן בטוח כללי בעמ

חתם: שרית שקדי
עותק למבוטח



בתוקף טע

09/09/2018

06669009-(

10/09/12

00

RFGHU10WXCS

111

רוחק סרנים

מ'ק 7,84



237 9200

5211713

בעלים דמאיו קר

מקום החותרים 3 תל אביב - יפו 2003

תאריך רישום 10/09/12

רשום מקור

מועד עליה לכביש 09/2012

מקומות ישיבה למענייניהם 1 מהם ליד הן

סוג דלק בבזין נפח

90/90-10 50 J צמיג קדמי

צמיג אחורי J 50 90/90-10

משקל כולל 87 משקל עצ

משקל מורשה

בעלים מוספים:

סדרב

HU10W MIO100 DRY

רמת גן:

קבוצת רישוי

קוד

חלו; בגג הוצאת רישום

DIX . ABS

12-0643

תוצר סאן יאנג טיזאן

1997

הספק (כ"ס)

08.00

הנאיש והגבלות:



No. 0199289

2018

הסכום לתשלום (ש"ח)

162.00

להשומות לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר השלום האגרה עמידה במבחן כשירות תנועה (מסמך)!

מקור

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239
טלפון: 054-6544930

עפ"י חשבונית:

לכבוד

כתובת

התקבל בעבור:

[illegible]

TEL: 0116 254 6000 • FAX: 0116 254 6001 • WWW: www.bbc.co.uk

10.1.18

תאריך

תת'מה

מקור

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239
טלפון: 054-6544930

הכבוד
לכבוד
כתובת
התקבל בעבור:

באן חברה לביטוח

עפ"י חשבונית:

סוכן הולד ד רמת גן

קרן קמח בולטיפר

[illegible]

הערה - סוף כיור רבין • 03-6093933 • iv@e-copy.co.il • 07-6093933

30.4.11

תאריך

חתימה

מקור

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239
טלפון: 054-6544930

לכבוד
כתובת
התקבל בעבור:

אילון חדרן א.פ.מ
מסל גל 12
קרן 3-א'

עפ"י חשבונית:

[illegible]

T. H. W. @ "copy.no.ii - 03-609333 - CAC Ltd - 016 CAC Ltd - 03-609333

21.1.14

תאריך

תתימה

מקור

טלפון: 054-6544930

לכבוד ישראל חברי אברהם עפ"י חשבונית: _____
 כתובת אכא בלם תת 2 _____
 התקבל בעבור: קרן צמח אילן _____

מס' צ'ק	מס' חשבון	בנק/סניף	ז. פרעון	סכום
מזומן / העברה בנקאית / אשראי				סה"כ
				3,053.52

TEL - 03-6093933 • tlv@e-copy.co.il • 03-6093933 • מיקור עותקים • ע-קופי

15.10.18

תאריך

תתימה

מקור

טלפון: 054-6544930

הרשון הכרז לפסול עפ"י חשבונית: _____
לכבוד
אכא רלל 3 _____
כתובת
קרן דמיל _____
התקבל בעבור:

[illegible]

☎ • tlv@c-copy.co.il • 03-6093933 • מוקד כיכר רבין • 0-800-550077

16.11.7

תאריך

חתימה

מקור

קבלה מ' 0090

לכבוד הרב ע"י חשבונית:
 כתובת רח' הרב
 התקבל בעבור: ק"ר

[illegible]

ת. תל • **tiv@e-copy.co.il** • **03-6093933** • **מחיר ג'רדל** • **ג'רדל - ג'רדל**

17.1.19

תאריך

~~החתימה~~ חתימה

תאריך: 25 באוקטובר, 2018
אסמכתא: 17191742
מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת התיישנות
מסמך זה מכיל מידע רגיש

לכבוד
פרייברג עו"ד אריאל
יגאל אלון 65, מגדל טיטה A
תל אביב-יפו 6744316

א.ג.נ,

הנדון: תביעת אבדן כושר עבודה מספר 10119774 מסוג "מתחדשת"

המבוטח: קרן דמאיו
תעודת זהות: 66690090
פוליסה: 926759985
מקרה מיום: 27/09/2017

שלום רב,

הרינו לעדכןך כי בחברתנו עודכן אישור מס לשנת 2018.

בהתאם לכך יבוצע החזר מס בימים הקרובים בסך 12,265 ישירות לחשבון הבנק שלך.

ט.ל.ח.

לשרותך

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח כנקוב בכותרת מכתבנו זה. (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש כנקוב בכותרת המכתב, יחל מנין שלוש השנים מדי יום ביומו, וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום). ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנך רשאי/ת להשיג על ההחלטה בדרכים כדלקמן

- א. על ידי פנייה לח"מ לרבות באמצעות צרוף חוות דעת של מומחה מטעמך.
- ב. על ידי פנייה אל הממונה על פניות הציבור בחברתנו, עו"ד אפרת אולברג-גרסל, באמצעות דואר ישראל לכתובת- בית הרצל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 52118, או באמצעות אתר האינטרנט של חברתנו.
- ג. על ידי פנייה לכל גורם רלבנטי נוסף ובכלל זאת כל ערכאה שיפוטית או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

באפשרותך להעביר אלינו טפסים/ מסמכים להמשך טיפול בתביעה באחת מהדרכים הבאות:
אתר האינטרנט שלנו, בכתובת www.harel-ins.co.il, במידע האישי, בסטטוס התביעה שלך
מסרון לשליחת צילומי מסמכים: 052-3237169
דואר אלקטרוני לכתובת: tvioths@harel-ins.co.il
פקס: 03-7348172
כתובת: אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, לידי הרצל חברה לביטוח

נשמח לעמוד לרשותך בכל עת.
בכבוד רב,
כהן חני

טלפון: 03-7547602
מחלקת תביעות חיים

מכותבים: פרייברג עו"ד אריאל

ז בין חשבונותיי

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < סיום ③

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 26/11/2018 שעה: 11:26

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 2,200.00 ש"ח תבוצע ביום 26/11/2018

רייברג אריאל

אוצר החייל סניף: 317 חשבון: 135082

ח: שכט פוליסה דמאיו

נ לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה.

וזן ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה ר). בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 2.50 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בע ישראל בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.90 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - פון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

אחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך ה אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום. היה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

זוראות

נשמח לשרתך בכל עת.

ז' לחשבון אקראי

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < סיום ③

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 26/11/2018 שעה: 11:27

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 10,065.00 ש"ח לביצוע ביום 26/11/2018

נ' דמאיו

הפעולים סניף: 603 חשבון: 52371

ח: השלמת פוליסה הראל

וכן ישיר זו היא אחת ממכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה ר). בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 2.50 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בע ישראל בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.90 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - פון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

מסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך נתונים אלה אינם נבדקים ע"י הבנק. הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד היגרם עקב מסירת נתונים שגויים ו/או לא מדויקים. י למסור למוטב את פרטי בעל החשבון וכן, היה והמוטב יורה, בכל עת, להשיב שבו את הסכום שהועבר או חלקו - לזכות את החשבון בסכום שהוחזר.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

זראות

נשמח לשרתך בכל עת.

ז: בין חשבוניות

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < סיום

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 22/08/2018 שעה: 15:54

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 1,738.00 ש"ח תבוצע ביום 22/08/2018

רייברג אריאל

אוצר החייל סניף: 317 חשבון: 135082

ח: קרן דמאיו

ז לבק, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה.

וע' ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה ר). בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 2.50 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בע ישראל בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.90 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - פון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

אחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך ה אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום. היה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

הוראות

נשמח לשרתך בכל עת.

לחשבון אקראי

הזנת נתוני הוראה < 2 אישור ההוראה < 3 סיום

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 22/08/2018 שעה: 15:55

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 9,095.00 ש"ח לביצוע ביום 22/08/2018

נ' דמאיו

הפעולים סניף: 603 חשבון: 52371

ח: פוליסה נכות איילון

וכי ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה ר). בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 2.50 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בע"ישראלי בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.90 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - פון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

'מסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך נתונים אלה אינם נבדקים ע"י הבנק. הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד היגרם עקב מסירת נתונים שגויים ו/או לא מדויקים. י למסור למזכיר את פרטי בעל החשבון וכן, היה והמזכיר יורה, בכל עת, להשיב שכן את הסכום שהועבר או חלקו - לזכות את החשבון בסכום שהוחזר.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

זראות

נשמח לשרתך בכל עת.

אגף
צוות תשלומי ביטוח קולקטיב תאונות אישיות
מייל: health@ayalon-ins.co.il
מבלי למגוע בזכויות
תאריך: 31/07/2018

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
אבא הלל 7,
רמת גן 7250606

ח.ג.

הנדון:

תביעה מס' 106333
פוליסת בריאות מספר 7347122
"הגנה מתאונה AL" ע"ש דמאיו קרן
תאונה מיום: 27/09/2017

1. הריני להודיעך, כי תביעתך לפיצוי בגין נכות צמיתה בהתאם לקביעת רופא מומחה מיום 26.07.18 אושרה לתשלום.
2. בהתאם לכיסוי הביטוחי אשר נרכש על ידך, הסכום המלא לפיצוי בגין נכות צמיתה הינו 150,000 ₪.
3. כמו כן, בהתאם לתנאי הפוליסה במסגרתה הינך מבוטחת, סעיף 5 "הכיסויים הביטוחיים", סעיף 5.2 "נכות מלאה או חלקית עקב תאונה", במקרה של נכות מוחלטת כתוצאה ישירה מתאונה שנגרמה בתוך 365 ימים לאחר תאריך התאונה אשר אירעה לאחר תאריך תחילת הביטוח, החברה תשלם סכום ביטוח לפי השיעורים המפורטים להלן:

שיעור הנכות	מהות הנכות
100%	איבוד גמור ומוחלט של כושר הראייה בשתי העיניים
100%	איבוד גמור ומוחלט של יכולת השימוש בשתי הידיים או שתי הרגליים
60%	איבוד גמור ומוחלט של זרוע או יד ימין
50%	איבוד גמור ומוחלט של זרוע או יד שמאל
40%	איבוד גמור ומוחלט של רגל אחת
25%	איבוד גמור ומוחלט של כושר הראייה בעין אחת
16%	איבוד גמור ומוחלט של האגודל באחת מהידיים
14%	איבוד גמור ומוחלט של האצבע ביד ימין
12%	איבוד גמור ומוחלט של האצבע ביד שמאל
12%	איבוד גמור ומוחלט של הזרת ביד ימין
10%	איבוד גמור ומוחלט של הזרת ביד שמאל
8%	איבוד גמור ומוחלט של האמה ביד ימין
6%	איבוד גמור ומוחלט של האמה ביד שמאל
6%	איבוד גמור ומוחלט של הקמיצה באחת מהידיים
5%	איבוד גמור ומוחלט של חבוהן ברגל
3%	איבוד גמור ומוחלט של כל אצבע אחרת ברגל
40%	איבוד גמור ומוחלט של כושר השמיעה בשתי האוזניים

איבוד גמור ומוחלט של כושר השמיעה באוזן אחת	10%
--	-----

4. לאור האמור, מצ"ב העברה בנקאית על סך **10,863 ₪**, לפי הפירוט הבא:
- נכות:** תשלום 14.5% משיעור 50% סכום הביטוח: 10,875 ₪.
- הפרשי הצמדה מיום 1.10.14: 12- ₪.
- סה"כ: 10,863 ₪
5. תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר שלוש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.
6. הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958 קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.
7. מהמידע המצוי בידינו יום קרות האירוע / היום בו קמה לך זכות לתבוע תגמולי ביטוח הינו 27.09.17.
8. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברה כדי לעצור את מירוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מירוץ ההתיישנות.

בכבוד רב,
איתן עדי
צוות תשלומי ביטוח
אגף הבריאות

רפואיים עדכניים ומפורטים מרופא אורטופד המסביר את סיבת המשך היותך באובדן כושר עבודה.

לקראת תום התקופה שאושרה לתשלום:

פוליסה 926759985 מתאריך 27/10/2017 ועד 19/03/2018 בשיעור 100% לשחרור מתשלום פרמיה,
פוליסה 926759985 מתאריך 27/10/2017 ועד 19/03/2018 בשיעור 100% לאובדן כושר - פיצוי עתי חודשי.

במידה ותימצא במצב מזכה מעבר לתקופה שאושרה כמפורט בכתב זה, בכפוף לתנאי הפוליסה, יהיה עליך להמציא תיעוד רפואי עדכני ו/או תוצאות בדיקות שנערכו לך ו/או כל מסמך אחר שיידרש על ידנו בסמוך לתום התקופה. בעת הבחינה המחודשת של הזכאות ואופן ביצועה יובאו בחשבון, בין היתר, מצבך הרפואי, גיל, המידע שנמסר לחברה ותנאי הפוליסה. בחינת הזכאות מחדש יכול שתעשה, בין היתר, בהתאם למצבך וגילך בדרך של בדיקת מסמכים רפואיים עדכניים אודות מצבך הרפואי או התפקודי, או באמצעות בדיקת ע"י גורמים מקצועיים מתאימים מטעם הראל. אי העברת המסמכים במועד שתבקש להעבירם ו/או חוסר שיתוף פעולה בקשר עם קיומה של בדיקה על ידי גורם מקצועי מתאים שנקבע לכך על ידי הראל מועד, עלולים להביא להפסקת תשלום תגמולי הביטוח או לעיכוב בתשלומם. הראל שומרת לעצמה הזכות לקיים בדיקה מחודשת של זכאות במידת הצורך, גם במקרים בהם אושרה זכאותך לתקופה קצובה מראש ובמהלך התקופה התקבל בהראל מידע השונה מזה שמסרת ו/או היה ידוע בהראל ועולה ממנו כי יתכן וחדלת מלהיות זכאי לתגמולי ביטוח. הנחיה זו תהא בתוקף ובלבד שלא נדחתה התביעה לתקופות עתידיות ע"י החברה, ו/או לא מוצתה תקופת הפיצוי בהתאם לתנאי הכיסוי.

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח כנקוב בכותרת מכתבנו זה. (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש כנקוב בכותרת המכתב, יחל מנין שלוש השנים מדי יום ביומו, וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום). ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנך רשאי/ת להשיג על ההחלטה בדרכים כדלקמן
א. על ידי פנייה לח"מ לרבות באמצעות צרוף חוות דעת של מומחה מטעמך.
ב. על ידי פנייה אל הממונה על פניות הציבור בחברתנו, עו"ד אפרת אולברג-גרטל, באמצעות דואר ישראל לכתובת- בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 52118, או באמצעות אתר האינטרנט של חברתנו.
ג. על ידי פנייה לכל גורם רלבנטי נוסף ובכלל זאת כל ערכאה שיפוטית או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

באפשרותך להעביר אלינו טפסים/ מסמכים להמשך טיפול בתביעה באחת מהדרכים הבאות:
אתר האינטרנט שלנו, בכתובת www.harel-ins.co.il, במידע האישי, בסטטוס התביעה שלך
מסרון לשליחת צילומי מסמכים: 052-3237169
דואר אלקטרוני לכתובת: tvioths@harel-ins.co.il
פקס: 03-7348172
כתובת: אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, לידי הראל חברה לביטוח



נשמח לעמוד לרשותך בכל עת.

בכבוד רב,
כהן חני

טלפון: 03-7547602
מהלקת תביעות חיים

מכותבים: פרייברג עו"ד אריאל

תאריך: 29 באפריל, 2018
אסמכתא: 16085501
מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת התיישנות
מסמך זה מכיל מידע רגיש



לכבוד
פרייברג עו"ד אריאל
יגאל אלון 65, מגדל טיוטה A
תל אביב-יפו 6744316

א.ג.ג.

הנדון: תביעת אבדן כושר עבודה מספר 10119774 מסוג "מתחדשת"

המבוטח: קרן דמאי
תעודת זהות: 66690090
פוליסה: 926759985
מקרה מיום: 27/09/2017

בהמשך לתביעה שבנדון נידעך כי ביום 20/03/2018 התקבלו המסמכים הנדרשים לבירור פנייתך בגין תביעת אובדן כושר עבודה ביחס לאירוע/מקרה ביטוח מיום 27/09/2017 והרינו מתכבדים להודיעך על אישורה של התביעה מ 27/09/2017 עד 19/03/2018 לפי הפירוט כדלקמן:
להלן פירוט התשלומים ותקופות הפיצוי להם הינך זכאי/ת:

מספר פוליסה	סכום פיצוי למועד האירוע	קיזוז בגין מבטחים אחרים/גורם ממשלתי	קיזוז בגין הכנסה אחרת	סכום פיצוי מירבי לאחר קיזוזים	אחוז מאושר	סכום פיצוי בהתאם לאחוז מאושר	תקופה
926759985 אישור תקופת המתנה: 30 ימים	8,000 לחודש			8,000	100%	8,000	27/10/2017 - 19/03/2018

מספר פוליסה	נתוני הצמדה	סה"כ פיצוי אחר הצמדה (ברוטו)	החזר פרמיה/ קיזוז	ריבית	מס הכנסה	מס בריאות	ביטוח לאומי	חוב מס	נטו לתשלום	הערות
926759985	הצמדה למדד המחירים לצרכן הידוע ממדד 12230 נכון ל 27/09/2017 למדד 12243 נכון ל 18/04/2018. הסכום שהתווסף לפיצוי בגין הצמדה הינו 40.6 ש"ח	38,234.2		ריבית מפיצוי: 6.30	-17,973	0	0	0	20,267.5	
סה"כ		38,234.2	0	6.30	-17,973	0	0	0	20,267.5	

* מטעמים טכניים, הסכומים המפורטים במכתב בפורמט של עד ספרה אחת/שתי ספרות אחרי הנקודה.

* בכפוף לתנאי הפוליסה, ביחס לתקופה שאושרה ואחוז הפיצוי שאושר, הינך זכאי לשחרור מתשלום פרמיות.

בכפוף להוראות הדין, הינך זכאי לתשלום הפרשי ריבית (0.99%) ובקיזוז מס כחוק עבור התקופה מיום 20/04/2018 ועד ליום 26/04/2018. יודגש כי המס על הריבית מגולם בסכום מס ההכנסה הכולל שנוכה במסגרת התשלום. בתביעה עיתית הריבית נכונה לחודש עבורו בוצע התשלום ומחושבת עבור כל חודש בנפרד.

תשלום ריבית צמודה במקרה של עיכוב כמפורט לעיל, ישולם רק במקרה בו הפיצוי צמוד למדד המחירים לצרכן. מקום בו הפיצוי משולם לפי הצמדה למדד ההשקעות, הצמדה זו כוללת ריביות ועל כן במקרים אלו לא תשולם ריבית נוספת במקרה של עיכוב בתשלום.

* מס הכנסה - אחוז המס המירבי הינו 48%.

* ביטוח לאומי- ניכוי ביטוח לאומי וביטוח בריאות בהתאם להוראות החוק ובהעדר פטור רלוונטי.

לתשומת ליבך :

1. בפוליסה שבנדון קיים חריג גב תחתון ובהתאם לכך אובדן כושר עבודה הנובע מפגיעה בגב התחתון לא מכוסה.
2. מעבר למועד אשר אושר לך ובמידה והינך טוענת להמשך אובדן כושר עבודה הינך מתבקשת להמציא מסמכים

רפואיים עדכניים ומפורטים מרופא אורטופד המסביר את סיבת המשך היותך באובדן כושר עבודה.

לקראת תום התקופה שאושרה לתשלום:

פוליסה 926759985 מתאריך 27/10/2017 ועד 19/03/2018 בשיעור 100% לשחרור מתשלום פרמיה,
פוליסה 926759985 מתאריך 27/10/2017 ועד 19/03/2018 בשיעור 100% לאובדן כושר - פיצוי עתי חודשי.

במידה ותימצא במצב מזכה מעבר לתקופה שאושרה כמפורט במכתב זה, בכפוף לתנאי הפוליסה, יהיה עליך להמציא תיעוד רפואי עדכני ו/או תוצאות בדיקות שנערכו לך ו/או כל מסמך אחר שיידרש על ידנו בסמוך לתום התקופה. בעת הבחינה המחודשת של הזכאות ואופן ביצועה יובאו בחשבון, בין היתר, מצבך הרפואי, גיל, המידע שנמסר לחברה ותנאי הפוליסה. בחינת הזכאות מחדש יכול שתעשה, בין היתר, בהתאם למצבך וגילך בדרך של בדיקת מסמכים רפואיים עדכניים אודות מצבך הרפואי או התפקודי, או באמצעות בדיקת ע"י גורמים מקצועיים מתאימים מטעם הראל. אי העברת המסמכים במועד שתבקש להעבירם ו/או חוסר שיתוף פעולה בקשר עם קיומה של בדיקה על ידי גורם מקצועי מתאים שנקבע לכך על ידי הראל מועד, עלולים להביא להפסקת תשלום תגמולי הביטוח או לעיכוב בתשלומם. הראל שומרת לעצמה הזכות לקיים בדיקה מחודשת של זכאות במידת הצורך, גם במקרים בהם אושרה זכאותך לתקופה קצובה מראש ובמהלך התקופה התקבל בהראל מידע השונה מזה שמסרת ו/או היה ידוע בהראל ועולה ממנו כי יתכן וחדלת מלהיות זכאי לתגמולי ביטוח. הנחיה זו תהא בתוקף ובלבד שלא נדחתה התביעה לתקופות עתידיות ע"י החברה, ו/או לא מוצתה תקופת הפיצוי בהתאם לתנאי הכיסוי.

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח כנקוב בכותרת מכתבנו זה. (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש כנקוב בכותרת המכתב, יחל מנין שלוש השנים מדי יום ביומו, וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום). ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנך רשאי/ת להשיג על ההחלטה בדרכים כדלקמן
א. על ידי פנייה לח"מ לרבות באמצעות צרוף חוות דעת של מומחה מטעמך.
ב. על ידי פנייה אל הממונה על פניות הציבור בחברתנו, עו"ד אפרת אולברג-גרסל, באמצעות דואר ישראל לכתובת- בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 52118, או באמצעות אתר האינטרנט של חברתנו.
ג. על ידי פנייה לכל גורם רלבנטי נוסף ובכלל זאת כל ערכאה שיפוטית או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

באפשרותך להעביר אלינו טפסים/ מסמכים להמשך טיפול בתביעה באחת מהדרכים הבאות:
אתר האינטרנט שלנו, בכתובת www.harel-ins.co.il, במידע האישי, בסטטוס התביעה שלך
מסרון לשליחת צילומי מסמכים: 052-3237169
דואר אלקטרוני לכתובת: tvioths@harel-ins.co.il
פקס: 03-7348172
כתובת: אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, לידי חברה לביטוח



נשמח לעמוד לרשותך בכל עת.

בכבוד רב,
כהן חני

טלפון: 03-7547602
מחלקת תביעות חיים

מכתבים: פרייברג עו"ד אריאל

תאריך: 29 באפריל, 2018
אסמכתא: 16085529
מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת ההתיישנות
מסמך זה מכיל מידע רגיש



לכבוד
שלטונות מס הכנסה

א.ג.ג,
הנדון: אישור לצורך תיאום מס לתביעה מספר 10119774 מסוג "מתחדשת"

המבוטח: קרן דמאיו
תעודת זהות: 66690090

הנ"ל אמור/ה לקבל מחברתנו פיצוי חודשי בגין אובדן כושר עבודה ע"ס 8,016 ש"ח, נכון ל-29 באפריל, 2018.

מס' תיק הניכויים שלנו: 930006101.

אנו מבקשים תיאום מס לגבי מבוטח/ת זה/ו.

תשלום הפיצוי כפוף לתנאי הפוליסה ואין לראות במכתב זה משום הודאה בחבות או התחייבות עתידית של החברה
מכל סוג שהוא.

בכבוד רב,
כהן חני

טלפון: 03-7547602

פקס: 03-7348172

tvioths@harel-ins.co.il

כתובת: אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, לידי הראל חברה לביטוח
מחלקת תביעות חיים

מכותבים: פרייברג עו"ד אריאל

תאריך: 29 באפריל, 2018
אסמכתא: 16085529
מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת ההתיישנות
מסמך זה מכיל מידע רגיש

העתק



לכבוד
שלטונות מס הכנסה

א.ג.ג,
הנדון: אישור לצורך תיאום מס לתביעה מספר 10119774 מסוג "מתחדשת"

המבוטח: קרן דמאיו
תעודת זהות: 66690090

הנ"ל אמורה לקבל מחברתנו פיצוי חודשי בגין אובדן כושר עבודה ע"ס 8,016 ש"ח, נכון ל-29 באפריל, 2018.

מס' תיק הניכויים שלנו: 930006101.

אנו מבקשים תיאום מס לגבי מבוטח/ת זה/ו.

תשלום הפיצוי כפוף לתנאי הפוליסה ואין לראות במכתב זה משום הודאה בחבות או התחייבות עתידית של החברה מכל סוג שהוא.

בכבוד רב,
כהן חני

טלפון: 03-7547602
פקס: 03-7348172
tvioths@harel-ins.co.il
כתובת: אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, לידי הראל חברה לביטוח
מחלקת תביעות חיים

מכותבים: פרייברג עו"ד אריאל

ז' בין חשבונותיי

הזנת נתוני הוראה < ② אישור ההוראה < ③ סיום

מספר חשבון: 133470 תאריך: 24/05/2018 שעה: 09:34

את ההעברה נקלטה

פעולה

זום של 3,794.00 ש"ח תבוצע ביום 24/05/2018

יברג אריאל

אוצר החייל סניף: 317 חשבון: 135082

: שכת דמאיו פוליסה הראל

לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה.

ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 2.50 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" ג' ישראלי בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.90 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום ז"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה 'ת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - ראה לוח בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

אחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום. יהא אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך.

נשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

וראות

נשמח לשרתך בכל עת.

בין חשבוניות

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < סיום ③

מספר חשבון: 133470 תאריך: 08/04/2018 שעה: 13:28

את ההעברה נקלטה

פעולה

זום של 777.00 ש"ח תבוצע ביום 08/04/2018

יברג אריאל

אוצר החייל סניף: 317 חשבון: 135082

: שכט ייעוץ משפטי דמאיו - פולי

לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה.

ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 2.50 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" ישראל בחדש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.90 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום 6.90 ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה. את החדש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - ראה לוח בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

גחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום. יה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך.

זשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

וראות

נשמח לשרתך בכל עת.

לחשבון אקראי

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < ② סיום ③

מספר חשבון: 133470 תאריך: 08/04/2018 שעה: 13:29

את ההעברה נקלטה

פעולה

זום של 3,376.00 ש"ח תבוצע ביום 08/04/2018

דמיון

הפועלים סניף: 603 חשבון: 52371

: פוליסה איילון

ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 2.50 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" ג' ישראלי בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.90 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום "ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה 'ת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - ראה לוח בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

חירות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום. יה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך. ההעברה לחשבון, אשר אינו מתנהל על שמך, מהווה הצהרתך כי קיבלת הסכמת בעל ובר להעברה ולזיכוי חשבונו בסכום ההעברה, והבנק רשאי למסור לו את פרטיך. שבון הנעבר יורה לבנק, בכל עת, להשיב לך את הסכום שהועבר, הבנק רשאי לזכות בסכום ההעברה.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

וראות

נשמח לשרתך בכל עת.

לחשבון אקראי

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < ③ סיום

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 06/02/2019 שעה: 10:41

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 1,800.00 ש"ח לביצוע ביום 06/02/2019

ז' דמאיו

הפעלים סניף: 603 חשבון: 52371

ח: החזר הוצאות איילון

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

'מסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך נתונים אלה אינם נבדקים ע"י הבנק. הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד היגרם עקב מסירת נתונים שגויים ו/או לא מדויקים. י למסור למוטב את פרטי בעל החשבון וכן, היה והמוטב יורה, בכל עת, להשיב אבון את הסכום שהועבר או חלקו - לזכות את החשבון בסכום שהוחזר.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

הוראות

נשמח לשרתך בכל עת.

לכבוד

פרייברג עו"ד אריאל

יגאל אלון 65, מגדל טויוטה A

תל אביב-יפו 6744316

תאריך: 15 במאי, 2019

אסמכתא: 18514118

מבלי לפגוע בזכויות

ובטענת התיישנות

מסמך זה מכיל מידע רגיש



א.ג.ב.

הנדון: תביעת נכות מתאונה מספר 10120514

המבוטח: קרן דמאיו

תעודת זהות: 66690090

פוליסה: 926759985

מקרה מיום: 27/09/2017

בהמשך לתביעה שבנדון נידעך כי ביום 02/04/2019 התקבלו בחברה המסמכים הנדרשים לבירור פנייתך בגין תביעת נכות מתאונה, ביחס לאירוע/ מקרה מיום 27/09/2017 והרינו להודיעך החלטתנו, הכל כמפורט להלן ובכפוף לתנאי הכיסוי הביטוחי:

מספר פוליסה	איבר- תיאור הפגיעה	אחוז נכות נדרש	אחוז נכות רפואית שאושר	אחוז נכות לפי טבלת נכויות בפוליסה מתואם למל"ל	אחוז נכות מתואם*	אחוז נכות משוקלל
926759985	צוואר	5	0			0.00 %
926759985	רגל אחת צלקות ברגליים	5	5	40.00 % מתוך 80.00 % במל"ל	5.00 % * 40.00 / 80.00 = 2.50 %	2.50 %
926759985	זרוע יד שמאל (יד) שורש כף יד שמאל	10	5	50.00 % מתוך 70.00 % במל"ל	5.00 % * 50.00 / 70.00 = 3.57 %	100 - 2.50 = 97.50 % 3.57 % * 97.50 % = 3.48 %

* אחוז נכות מתואם - במקרה של נכות שאינה מוחלטת (אובדן מוחלט של איבר בשל הפרדתו מן הגוף או אובדן מוחלט של כושר פעולתו של איבר מאיברי הגוף) יקבע אחוז נכות מתואם אשר יהיה שווה לאחוז הנכות מהתאונה כשהוא מוכפל בשיעור הנכות המוחלטת שברשימה (המופיעה בתנאי הפוליסה) הנוגע לאותו איבר.

להלן פירוט התשלומים וסכומי הביטוח להם הנך זכאי/ת:

מספר פוליסה	סכום ביטוח למועד האירוע	אחוז נכות לתשלום*	גמולי הצמדה	סה"כ הפיצוי לאחר הצמדה	ריבית	סה"כ לתשלום	הערות
926759985 אישור	200,000	5.98	הצמדה למדד המחירים לצרכן הידוע ממדד 12230 נכון ל- 27/09/2017 12414 נכון ל- 12/05/2019 הסכום שהתווסף למיצוי בגין הצמדה הינו 180 ש"ח	12,144.29	ריבית מפיצוי: 3.64 עבור תקופת: מ- 03/05/2019 עד 14/05/2019	12,147.93	
סה"כ	200,000			12,144.29	3.64	12,147.93	

* מטעמים טכניים, הסכומים המפורטים במכתב בפורמט של עד ספרה אחת/שתי ספרות אחרי הנקודה.

בכפוף להוראות הדין, הינך זכאי לתשלום הפרשי ריבית ובקיצוז מס כחוק.

התשלום כמפורט להלן הינו בגין סכומים שאינם שנויים במחלוקת.

התשלום יועבר ל:

מוטב: פרייברג עו"ד אריאל, מיוחד 409410. התשלום ע"ס 12,147.93 ש"ח יועבר בהעברה בנקאית לבנק 14 סניף 317 חשבון 409133470 בימים הקרובים.

הסכום בהתאם לפרוט כדלקמן:

ברוטו (הסכום לפני ריבית) ע"ס 12,144.29 ש"ח בצרוף ריבית בסך של 3.64 ש"ח.
* אחוז נכות לתשלום הינו סכימה של כל הנכויות המשוקללת כמפורט לעיל.

עפ"י התייעצות רפואית פנימית אישרנו נכויות צמיתה שאינן שנויות במחלוקת.

במקביל לאמור ומבלי להודות בחבות נוספת אנו מפנים מרשתך לבדיקה רפואית מטעמנו ע"י אורטופד מומחה .

מצ"ב הפניה לד"ר תומר קרבאל - יש להתקשר על מנת לתאם מועד .

לתשומת ליבך, חוות הדעת תתקבל בחברתנו בין 10 ימים לשבועיים ממועד הבדיקה.

נשוב ונדון בתביעה בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרת הנספח לאחר קבלת חוות הדעת.

מכתב זה אינו מהווה משום הודאה בחבות התביעה ואינו מהווה מתן לאורכת התיישנות.

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת 3 שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח ואם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשר שנה. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנך רשאי/ת להשיג על ההחלטה בדרכים כדלקמן

- א. על ידי פנייה לח"מ לרבות באמצעות צרוף חוות דעת של מומחה מטעמך.
- ב. על ידי פנייה אל הממונה על פניות הציבור בחברתנו, עו"ד אפרת אולברג-גרטל, באמצעות דואר ישראל לכתובת- בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 52118, או באמצעות אתר האינטרנט של חברתנו.
- ג. על ידי פנייה לכל גורם רלבנטי נוסף ובכלל זאת כל ערכאה שיפוטית או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

באפשרותך להעביר אלינו טפסים/ מסמכים להמשך טיפול בתביעה באחת מהדרכים הבאות:
אתר האינטרנט שלנו, בכתובת www.harel-ins.co.il, במידע האישי, בסטטוס התביעה שלך
מסרון לשליחת צילומי מסמכים: 052-3237169
דואר אלקטרוני לכתובת: rviaths@harel-ins.co.il
פקס: 03-7348172
כתובת: אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, לידי הראל חברה לביטוח

נשמח לעמוד לרשותך בכל עת.

בכבוד רב,
מזוז טל

טלפון: 03- 9208103
מחלקת תביעות חיים

לחשבון אקראי

הזנת נתוני הוראה < ② אישור ההוראה < ③ סיום

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 10/06/2019 שעה: 13:14

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 12,241.00 ש"ח לביצוע ביום 10/06/2019

נ' דמאין

הפועלים סניף: 603 חשבון: 52371

ח: פוליסות הראל

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

מסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך נתונים אלה אינם נבדקים ע"י הבנק. הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד זיגרם עקב מסירת נתונים שגויים ו/או לא מדויקים. י למסור למוטב את פרטי בעל החשבון וכן, היה והמוטב יורה, בכל עת, להשיב שובן את הסכום שהועבר או חלקו - לזכות את החשבון בסכום שהוחזר.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

הוראות

נשמח לשרתך בכל עת.

ז בין חשבונותיי

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < סיום 3

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 10/06/2019 שעה: 12:18

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

אכנס של 2,819.00 ש"ח תבוצע ביום 10/06/2019

רייברג אריאל

הבינלאומי אוצר החייל סניף: 317 חשבון: 135082

ח: שכת פוליסות דמאיו

נ לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה.

נן ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה ר). בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 1.80 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בע ישראל בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.30 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - פון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

אחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך ה אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום. היה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

זוראות

נשמח לשרתך בכל עת.

לחשבון אקראי

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < סיום

מספר חשבון: 133470 תאריך: 12/09/2019 שעה: 20:09

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 7,860.73 ש"ח לביצוע ביום 13/09/2019

דמאיו

הפעולים סכף: 603 חשבון: 52371

ח: הראל ואילון

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

מסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך נתונים אלה אינם נבדקים ע"י הבנק. הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד דיגרם עקב מסירת נתונים שגויים ו/או לא מדויקים. למסור למוטב את פרטי בעל החשבון וכן, היה והמוטב יורה, בכל עת, להשיב צבון את הסכום שהועבר או חלקו - לזכות את החשבון בסכום שהוחזר.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

זראות

נשמח לשרתך בכל עת.

ז: בין חשבונותיי

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < סיום ③

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 12/09/2019 שעה: 20:10

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 2,686.00 ש"ח תבוצע ביום 13/09/2019

רייברג אריאל

הבינלאומי אוצר החייל סניף: 317 חשבון: 135082

ח: שכת ואגרה

נ לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה.

וז ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה ר). בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 1.80 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בע ישראל בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ-6.30 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - פון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

אחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך ה אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום. היה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

הוראות

נשמח לשרתך בכל עת.

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

27.3.18

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב יצחק שדה 17
תל אביב 6777517
באמצעות פקס: 03-6250222

א.ג.נ.,

הנדון: קרן דמאיו, ת.ז. 066690090
תאונה מיום 27.9.17

1. רצ"ב הודעת חוב תשלום למד"א.
2. התאונה שבנדון בה נפגעה מרשתי ובעקבותיה פונתה באמצעות מד"א הוכרה כתאונת עבודה. על כן, אודה להסדרת החוב על ידכם.
3. לטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

Fax Send Confirmation

Date/Time : 27-MAR-2018 13:01 TUE
 Model Name : SL-M4070FR
 Machine Serial Number : ZDG9BJFF50001CD
 Host Name : SEC30CDA726F8A4
 Fax Name :
 Fax Number :

No	Name/Number	StartTime	Time	Mode	Page	Result
100	6250222	27-03	12:59	01'42	G3	002/002 OK

ARIEL FREIBERG, L.L.B

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא חלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל 03-7412358 פקס 077-3180983

27.3.18

מ.ל.ב

לכבוד

חמוטל לביטוח לאומי

רחוב יצחק שדה 17

תל אביב 6777517

באמצעות פקס : 03-6250222

מ.ל.ב.

הנדון: מלך דפאין, ת.ד. 066690090
 תאונה מיום 27.9.17

1. רציב הודעת חוב ושלום למדי"א.
2. התאונה שבנדון בה נפגעה מרשתי ובעקבותיה פונתה באמצעות מדי"א הוכרה כתאונה עבודה. על כן, אודה להסדרת החוב על דרכם.
3. לטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובתודה,

 אריאל פרייברג, עו"ד
 6

Fax Send Confirmation

Page 1

Date/Time : 27-MAR-2018 13:03 TUE
 Model Name : SL-M4070FR
 Machine Serial Number : ZDG9BJFF50001CD
 Host Name : SEC30CDA726F8A4
 Fax Name :
 Fax Number :

No	Name/Number	StartTime	Time	Mode	Page	Result
101	6250222	27-03 13:01	01'42	G3	002/002	OK

ARIEL FREIBERG, L.L.B

אריאל פרייברג, ע"ד

7 ARA HIZLEL ST, RAMIAT GAN
 Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אהא הלל 7 רמת גן (בית טיבר)
 טל' 077-3180983 פקס 03-7412358

27.3.18

מ.ל.ב

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

רחוב יצחק שדה 17

תל אביב 6777517

באמצעות פקס : 03-6250222

„ל.ב.ב.

הנדון : קרן דמאני, ת.ז. 066690090
 תאונה מיום 27.9.17

1. רצ"ב תודעת חוב ושלום למד"א.

2. התאונה שבדון בה נפגעה מרשתי ומעקבותיה פותנה באמצעות מד"א תוכרה כתאונה עבודה. על כן, אודה להסדרתי החוב על דרכם.

3. לטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ומתודה,

אריאל פרייברג, ע"ד

דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או 6050*
פקס: 03-6250222
שעות מענה: א-ה 17:00-8:00
א,ג,ה 12:30-8:00 קבלת קהל:

שירות חדש: זימון תור 8321*

סניף: תל אביב
יצחק שדה 17
תל אביב - יפו 6777517

תיק: 066690090-61-01

דף 1 מתוך 3

תיק: 066690090-61-01

כ"ז באדר, תשע"ח
14 במרץ 2018

611-061-000

לכבוד
קרן דמאיו
חותרים 3 דירה 3
תל אביב - יפו 6772003



מספר תיק: 06669009-0

תאריך פגיעה: 27/09/2017

גברת נכבדה,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 27/09/2017

הננו מאשרים כי הוכרנו בפגיעה מתאריך 27/09/2017 כתאונת עבודה.

הפגישות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

חבלה בע"ש צווארי ומותני חבלה בשורש כף יד שמאל חבלת ברך ימין ירך שמאל ובחזה משמאל

על פי המידע שבידינו את חברה בקופת חולים מכבי שירותי בריאות.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

בכבוד רב,
שחבר אורה
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
עו"ד פרייברג אריאל

בל/ 205a



דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או 6050*
פקס: 03-6250222
שעות מענה: א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 08:00-12:30

שירות חדש: זימון תור 8321*

סניף: תל אביב
יצחק שדה 17
תל אביב-יפו 6777517

תיק: 066690090-61-01

דף 2 מתוך 3

זכויות נפגע עבודה לטיפול רפואי

כללי

כנפגעות עבודה, שתביעתן/ה הוכרה על ידי המוסד לביטוח לאומי, הנך זכא/ת לריפוי, החלמה ושיקום רפואי כמשמעותם בחוק ובתקנות הביטוח הלאומי, בכל הקשור לפגיעה זו וכל זמן שתזדקק/י לטיפול רפואי.

הזכויות חלה לגבי טיפולים רפואיים הכלולים בסל הבריאות, וגם לאלו שאינם כלולים בסל הבריאות ומסופקים באמצעות הקופה בה אתה חבר, גם אם במועד התאונה היית מבוטח בקופת חולים אחרת.

זכויותיך לטיפול רפואי כוללות:

- א. ריפוי כולל אשפוז, לרבות אשפוז סיעודי או טיפול סיעודי בבית הנפגע.
- ב. תרופות, בדיקות רפואיות, צילומים, ניתוחים וכל טיפול רפואי הודרש לצורך ריפוי, החלמה ושיקום רפואי.
- ג. שיקום רפואי בהתאם לצורך הרפואי.
- ד. החלמה ואספקת מכשירים אורתופדיים, שיניים תותבות, משקפיים, מכשירי שמיעה וכן אביזרים רפואיים אישיים על פי המלצת הרופא ובאישור מראש של רופא השירות בקופה.
- ה. פטור מתשלום או החזר תשלום הוצאות להן את/ה נזקק/ת לצורך ריפוי, החלמה ושיקום.
- ו. פטור מתשלום בעבור ביקור אצל רופא מטפל ו/או בדיקות וטיפולי מכוונים.
- ז. פטור מתשלום בעבור טופס התחייבות (טופס 17).
- ח. שרותי הסעה או החזר הוצאות נסיעה לצורך קבלת טיפול רפואי לפי התעריפים המקובלים בתחבורה הציבורית באישור של רופא הקופה, אם רופא הקופה קבע כי מצב בריאותך אינו מאפשר שימוש בתחבורה ציבורית את/ה זכא/ת להחזר בגין נסיעה באמצעי תחבורה אחרים (מונית / אמבולנס).
- ט. אם רופא הקופה קבע את הצורך בנעליים אורתופדיות, את/ה זכא/ת להחלפתן אחת לשנה וכך גם להחלפת אביזרים רפואיים אחרים מעת לעת על פי הצורך ובכפוף לאישור הגורם המוסמך מטעם הקופה.

אופן מתן הטיפול הרפואי לנפגעי עבודה

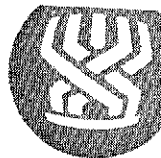
על פי הוראות החוק, הטיפול הרפואי לנפגע עבודה ניתן באמצעות קופות החולים.

יש להדגיש, כי המוסד לביטוח לאומי אינו מממן במשכר את הוצאות הטיפול הרפואי, על כן בכל דרישה בגין טיפול רפואי יש לפנות למרפאת קופת החולים בה את/ה חבר/ה ולהציג בפניה את אישור ההכרה ופרוטוקול הועדה הרפואית לפי בקשת הקופה (במקרה וקיים).

לתשומת לבך:

* הטיפול הרפואי הכלול בסל הבריאות שבאחריות קופת החולים, יסופק באמצעות הקופה בה הנך חבר, כמו כל מבוטח אחר בקופה.

לידיעתך, הנך זכאי להחזר / פטור מתשלום השתתפות עצמית לטיפול רפואי הכלול בסל הבריאות והנובע מהתאונה.



המוסד לביטוח לאומי

דמי פגיעה

שירות חדש: זימון תור 8321*

סניף: תל אביב

יצחק שדה 17

תל אביב-יפו 6777517

טל: 04-8812345 או *6050

פקס: 03-6250222

שעות מענה: א-ח 00-8:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 00-8:30-12:00

תיק: 066690090-61-01

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא הלל סילבר 7

רמת גן 5252204

611-061-000



תיק: 066690090-61-01

כ"ו בניסן, תשע"ח

11 באפריל 2018

מספר תיק: 06669009-0

תאריך פגיעה: 27/09/2017

שלום רב,

הנדון: תביעה לדמי פגיעה של גברת קרן דמאיו, מתאריך 27/09/2017

מצ"ב מוחזר אליך מכתבך אליו מצורף הודעת חוב למדא.
החל מ- 01/4/2016 המוסד לבטל"א אינו מטפל בהחזרי תשלום למדא.
על התובעת לפנות לקופ"ח בה חברה עם אישור הכרה בתאונה ולטפל בחובה למדא.

בכבוד רב,

שחבר אורה

פקיד תביעות

נפגעי עבודה

אורה
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
רחי יצחק שדה 17, ת"א
טל *6050

ARIEL FREIBERG, L.L.B

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

27.3.18

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב יצחק שדה 17
תל אביב 6777517
באמצעות פקס : 03-6250222

א.ג.נ.,

הנדון : קרן זמאיו, ת.ז. 066690090
תאונה מיום 27.9.17

1. רצ"ב הודעת חוב ונשלום למד"א.
2. תוצאות שבדון בה נפגעה מרשתי ובעקבותיה פונתה באמצעות מז"א חוכרה כתאונת עבודה. על כן, אודה להטדורת החוב על ידכם.
3. לטיפולכם חמסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

18.2.18

מ.ל.ב

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב יצחק שדה 17
תל אביב 6777517
באמצעות פקס : 03-6250222

א.ג.נ.,

הנדון : קרבן דמאין, ת.ז. 066690090
תאונה מיום 27.9.17

1. רצ"ב לבקשתכם הצהרה חתומה על ידי מרשתי.
2. כן, בהמשך לשאלותיכם אשיב בשם מרשתי כי במועד התאונה הייתה מרשתי בפגישה ברחוב דיזנגוף 205, בסיומה, בדרכה חזרה למשרד לפגישה נפגעה בתאונה.
3. מפאת החיסיון לו מחוייבת מרשתי בקשר עם לקוחותיה לא תרחיב היא בנושא הפגישות.
4. מרשתי הינה עורכת דין עצמאית ויחידה במשרדה, אף אחד לא מילא את מקומה והיא הגישה בקשות לדחיות דיונים ולמותן ארכות.
5. בהיותה באי כושר לעבודתה ובחופשות מחלה הוצאו קבלות וחשבוניות בגין סכומים שהיו אמורים להשתלם וכחלק מתזרים המזומנים שנקבע עובר לתאונה. למן יום התאונה לא הצטרפו לקוחות חדשים למעגל לקוחותיה.
6. לטיפולכם המסור ולהכרתכם בתביעת מרשתי אודה.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

4.3.18

לכבוד

עו"ד איתן עדי

איילון חברה לביטוח – אגף בריאות

ח.נ. שלום רב,

מ.ל.ב.

בדוא"ל

הנדון: קרן דמאיו, ת.ז. 066690090

תביעה מס': 106336

1. מצ"ב לבקשתכם תיעוד רפואי נוסף וכן אישורי אי כושר נוספים.
2. בהמשך לבקשתכם בדבר אישור רו"ח, אציין כי מרשתי עו"ד עצמאית ולמן יום התאונה ועד היום, בהתאם לאישורי אי הכושר, לא הייתה מסוגלת מרשתי לעבודתה.
3. מפאת היותה עו"ד עצמאית ובהתחשב באופי עבודתה, מקבלת מרשתי תשלומים מלקוחות גם בתקופת אי הכושר, עם זאת, המדובר הוא בתשלומים אותם התחייבו לקוחותיה לשלם לה עובר ליום התאונה.
4. על כן, ובהתאם לאמור ולתיעוד הרצ"ב, אודה לאישורכם ותשלום התגמולים המגיעים למרשתי מכח הפוליסה בה בוטחה בחברתכם.
5. אודה לביצוע העברה בנקאית בהתאם לח"מ.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

Fax Send Confirmation

Page 1

Date/Time : 20-MAR-2018 16:47 TUE
 Model Name : SL-M4070FR
 Machine Serial Number : ZDG9BJFF50001CD
 Host Name : SEC30CDA726F8A4
 Fax Name :
 Fax Number :

No	Name/Number	StartTime	Time	Mode	Page	Result
093	7348172	20-03 16:38	09'14	G3	013/013	OK

ARIEL FREIBERG, L.L.B

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

20.3.18

לכבוד

עו"ד חני כהן

הראל חברה לביטוח בע"מ

מרחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951

רמת גן 52118

ח.ג. שלום רב,

מ.ל.ב.
 לצרכי מ"מ לפשרה בלבד
 בפקס

הנדון: קורן למאני, ת.ד. 066690090

תאונת מיום 27.9.17

מסי תביעה: 10119774

1. רצוי לבקשתך המסמכים הבאים:

א. כרטיס עובד - דף 1 עם חשנה.

ב. אישור מאיילון בגין התשלום והטכום.

ג. אישור מחלה ותעודות רפואיות נוספות.

2. אודה מקרב לב לעיון ולטיפולך המהיר בביצוע התשלום.

בכח: רב וכו',
 אריאל פרייברג, עו"ד



בשביל השקט הנפשי שלך | ביטוח ופינוגסים

תאריך: 18 בפברואר, 2018
אסמכתא: 15744088
מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת ההתיישנות
מסמך זה מכיל מידע רגיש



לכבוד
פרייברג עו"ד אריאל
יגאל אלון 65, מגדל טיוטה A
תל אביב-יפו 6744316

א.ג.נ.

הנדון: הודעת המשך בירור

תביעת אבדן כושר עבודה מספר 10119774 מסוג "מתחדשת"
המבוטח: קרן דמאיו
תעודת זהות: 65690090
פוליסה: 926759985
מקרה מיום: 27/09/2017

בהמשך לתביעתך שבנדון, להלן המסמכים שנתבקשו וטרם הומצאו לחברתנו:

- נוכחי מס במקור הפנויה תשלוח במידה והתביעה תאושר
- ט. תביעת אבדן כושר עבודה - נא למלא את סעיף ה- ביטוחים נוספים במלואו!
- העתק המחאה שלך או של מיזפה כח לרבות צילום ת.ה.
- טופס 101 מצ"ב בטופס התביעה למילוי על כל סעיפיו
- ייפוי כח - נא לציין כי ייפוי הכח מופנה לתביעה המנוהלת בהרצל חברה לביטוח
- צילום ת"ז

לתשומת ליבך:

1. סוג הכיסוי הינו עיסוקי.
2. תקופת ההמתנה הינה 30 יום והסתיימה ביום 27.10.2017.
3. בפוליסה קיים חריג גב תחתון ועמוד שדרה מותני.

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח כנקוב בכותרת מכתבנו זה. (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש כנקוב בכותרת המכתב, יחל מנין שלוש השנים מדי יום ביומו, וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום). ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

באפשרותך להעביר אלינו טפסים/ מסמכים להמשך טיפול בתביעה באחת מהדרכים הבאות:

אתר האינטרנט שלנו, בכתובת www.harel-ins.co.il, במידע האישי, בסטטוס התביעה שלך
מסרון לשליחת צילומי מסמכים: 052-3237169
דואר אלקטרוני לכתובת: ivioths@harel-ins.co.il

פקס: 03-7348172
כתובת: אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, לידי הרצל חברה לביטוח



ביטוח ופינוסים | בשביל השקט הנפשי שלך

לשירותך בכל עת.

בכבוד רב,

כהן חני

טלפון: 03-7547602
מחלקת תביעות חיים

ARIEL FREIBERG, L.L.B

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

5.3.18

לכבוד

עו"ד חני כהן

הראל חברה לביטוח בע"מ

מרחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951

רמת גן 52118

ח.נ. שלום רב,

הנדון: קרן דמאין, ת.ז. 066690090

תאונה מיום 27.9.17

מס' תביעה: 10119774

1. רצ"ב לבקשתך יפוי כח מופנה כנגד הראל, סעיף ה' בטופס, טופס 101, אישור ניהול ספרים ואישור ניכוי מס במקור.

2. כן, רצ"ב צילום רישיון עו"ד והמחאה של הח"מ.

3. אודה מקרב לב לעיונך ולטיפולך בביצוע התשלום.

לכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד



959200677200300100297265080318

611061000

6772003

לכבוד
דמאיו קרן
החותרים 3
תל אביב יפו

שולם
p.p.
7093

מסמך מס' 100297265080318
מסמך מס' 100297265080318

מסמך מס' 100297265080318
מסמך מס' 100297265080318

שולם רב,

הממונה על הגבייה
מגן דוד אדום בישראל

8 מרץ, 2018

הנדון: הודעת חוב 100297265

דרישה לתשלום חוב

בהתאם לסעיפים 4 ו-5 לפקודת המיסים (גבייה)

ביום 27/09/17 קיבל/ה דמאיו קרן שירות עבור טיפול ו/או פינוי באמבולנס של מד"א.
סכום החוב בגין שירות זה עומד על סך 701.00 ש"ח.

זכאותך נבדקה מול קופת החולים ונמצא כי אינך זכאי/ת להשתתפות מצידה.

יש באפשרותך לפנות לקופת החולים לבדיקת זכאות על פי ביטוח שירות בריאות נוסף (שב"ן).

את הודעת חוב זו יש להסדיר עד 22/04/2018.

ניתן להסדיר את הודעת החוב בדרכים הבאות:

- בכל בנק באמצעות הודעת הזיכוי שבספח מכתב זה.
- משלוח המחאה לפקודת מגן דוד אדום בלבד, בצירוף מכתב זה, לרח' יגאל אלון 60, תל אביב 6706210.
- באמצעות כרטיס אשראי:

1. טלפונית - דרך מוקד הגבייה של מד"א בטל' 101-390-800.

2. דרך האינטרנט - באתר האינטרנט של מד"א www.mdais.org.

*** במידה והסדרת את חובך אנא ראה הודעה זו מבוטלת!***

בכבוד רב,

הממונה על הגבייה
מגן דוד אדום בישראל

הודעת זיכוי מס' 100297265

חתימה וחותמת הבנק

הסכום לתשלום



701.00

MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



מגן דוד
אדום
בישראל

הודעת זיכוי מס' 100297265

קוד מוטב

62 - 02917

לחכות השבועות בבנק לאומי בישראל בע"מ, סניף 817 החשמונאים חצר 569500/09

חתימה וחותמת הבנק

אורח נכבד,

לנוחיותך תשלום זה ניתן
לשלם בכל סניפי הבנק
בארץ כולל בנק הדואר

ניתן לשלם גם באתר האינטרנט
www.mdais.org

לתשלום עד 22/04/2018

הסכום לתשלום



701.00



אישור שליחת פקס

11 עמודים

11/3/2018 11:12

זיהוי מקבל

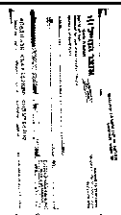
www.myfax.co.il זיהוי שולח

אל 03-7348172

מאת אריאל פרייברג



עמוד 2



עמוד 3



עמוד 4



עמוד 11



סרוק לצפייה בפקס
זיהוי פקס לאורך
מעקב 00a68K680981

----- Forwarded message -----

From: Ariel Freiberg <freiberg@trail.com>

Date: 2018-03-05 12:43 GMT+02:00

Subject: 926759985 פליסה 066690090 ת.ד.

To: pfreiberg@harel-ins.co.il

חני שלום רב וצהריים טובים,

מצ"ב מכתבי על נספחים.

אודה לעיוןך ולטיפולך המסור.

בכבוד רב,

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון: 03-7412358

טל. לאיר: 054-6544930

פקס: 027-3180983

מסמך זה מכיל מידע מוגן. המידע המוצג הוא למעשה מידע המיועד לשימוש בלבד. אם אתם מקבלים מסמך זה, אנא אל תעתיקו, תעבירו או תשתמשו בו. אם אתם מקבלים מסמך זה, אנא אל תעתיקו, תעבירו או תשתמשו בו. אם אתם מקבלים מסמך זה, אנא אל תעתיקו, תעבירו או תשתמשו בו.

מ.ב.

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון: 03-7412358

טל. לאיר: 054-6544930

פקס: 027-3180983

מסמך זה מכיל מידע מוגן. המידע המוצג הוא למעשה מידע המיועד לשימוש בלבד. אם אתם מקבלים מסמך זה, אנא אל תעתיקו, תעבירו או תשתמשו בו. אם אתם מקבלים מסמך זה, אנא אל תעתיקו, תעבירו או תשתמשו בו. אם אתם מקבלים מסמך זה, אנא אל תעתיקו, תעבירו או תשתמשו בו.

מ.ב.

עמוד 1

www.myfax.co.il

1 ☒ אני תושב/ת ישראל.

2 ☐ אני נכה 100% / עיוור/ת / לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האזרח/פיקוד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סימן בפרק זה כי "אין לי הכנסות אחרות לדבר מלגות" תעודת יוכנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 ☐ אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה ¹³¹ מתאריך _____, אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 ☐ אני ☐ עולה חדש/ה ☐ תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל. לימורים על תוכניות או יציאה לחו"ל - ימנה לפקיד השומה, חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדש/ה - תעודת עולה.

5 ☐ בגין כן/בת זוגי המתגורר/ת עימי לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם תעודת א/ב/בז/בז הגיע/ה לגיל מרישה או שהמ/היא נכה או עיוור/ת ע"פ סעיף 9(5) לפקודה.

6 ☐ אני הורה במשפחה חד הורית ¹³¹ יחיד בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ובמקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגנים מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 ☐ בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגנים, או ע"י אשה משואה או ע"י הורה יחיד ¹³². ☐ מספר ילדים שגודלו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס ☐ מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים

8 ☐ בגין ילדי הפעוטות. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל). אשה לא משואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ¹³². ☐ מספר ילדים שגודלו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס

9 ☐ אני הורה יחיד ¹³² לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7-8 לעיל).

10 ☐ בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד מחייב אותו בתשלום מוונות.

11 ☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשניה. מצורף כסך דין.

12 ☐ מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

13 ☐ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14 ☐ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1 ☐ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה. הערות: 1. יש להצגות הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלק וס"ר, בהעדר הוכחה יש למנות לפקיד השומה, 2. דמי לידה ודמי אכסלה היום הכנסה חייבת.

2 ☐ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת ¹³¹ כמפורט להלן: ☐ המעביד / משלם המשכורת _____

שם	כתובת	מספר חיקוי נכריים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מזכה/אחר)	הכנסה חודשית (לפי תלושים)	היום שנכסה
		9			
		9			
		9			

3 ☐ פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשטחה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

תאריך: 04/03/17

חתימת המבקש/ת: _____

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסה עבודה/ קצבה/ קצבה עקב מרישה או מות, מילגה וכדומה. "עבודה" תרבות קבולת משכורת. "מלגה" תרבות מלגה, פרס או כבוד ממשלתי/עמית. להסברות או החוק.
- (2) משכורת חודשית - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום. נוסף למשכורת ו/או בנוסף למשכורת היתר כגון: משכורת אחר, תעודת רשמי לחזור את מקום העבודה בו החלטת להחזיר/ת למשכורת בעד משרה נוספת.
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ- 5 שעות ליום אך פחות מ- 5 שעות באבחה.
- (5) שכר עבודה - משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מרבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאינה נוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קצבה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש ו/או לא פחות מ- 5 שעות בחודש. משכורת עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאינה נוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (7) אם תעודת לא מילא משכורת - המעביד מעד מלגות מס לפי לוח הניכויים ויש למנות מס מניב/י. להקנות מוכר תשלומי המעביד.
- (8) אם תעודת לא מילא משכורת - המעביד מעד מלגות מס לפי לוח הניכויים ויש למנות מס מניב/י. להקנות מוכר תשלומי המעביד.
- (9) אם תעודת לא מילא משכורת - המעביד מעד מלגות מס לפי לוח הניכויים ויש למנות מס מניב/י. להקנות מוכר תשלומי המעביד.
- (10) אם תעודת לא מילא משכורת - המעביד מעד מלגות מס לפי לוח הניכויים ויש למנות מס מניב/י. להקנות מוכר תשלומי המעביד.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: הורה, גורש, אלוץ, פורד, יע"י, אישור ב"ס בלבד.
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד בשנת המס שטרם מלאו לו 18 שנים ושההורה רשעו של הידד נפטר או שהילד ירשם בפיקוד האוכלוסני בלא פרטי ההורה השני.
- (13) יישוב מזכה - יישוב שחל עליה סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק מס' 11 להקצת.



**אישור על ניהול פנקסי חשבונות ורשומות לפי חוק עיסקאות
גופים ציבוריים (אכיפת ניהול חשבונות ותשלום חובות מס) התשל"ו-1976**

38	01	52	003	066690090	דמאיד קרן
פקיד שומה	חוליה	סוג תיק	קבוצת חשבון	מספר תיק מס הכנסה	שם
				67778	יד חרוצים 14
					כתובת
66				066690090	דמאיד קרן
מ.א.				מספר תיק מע"מ	שם
04/03/2018				936113448	
תאריך הדפסה				מספר תיק ניכויים	

- אני הח"מ "פקיד מורשה" כמשמעותו בחוק עיסקאות גופים ציבוריים (אכיפת ניהול חשבונות) התשל"ו-1976 מדווח בזאת כי למיטב ידיעתי הנמער:-
א. מנהל את פנקסי החשבונות והרשומות שעליו לנהל עפ"י פקודת מס הכנסה וחוק מס ערך מוסף התשל"ו-1975.
ב. נוהג לדווח לפקיד השומה על הכנסותיו ולמנהל מע"מ על עיסקאות שמוטל עליון מס לפי חוק מס ערך מוסף.
- אישור זה אינו מהווה אסמכתא לענין קבילות פנקסי החשבונות, אין בו כדי לחייב בצורה כלשהי בפני ועדת ערר או בפני בית המשפט ואין הוא קובע עמדה ביחס לתקינותם של הדוחות, מועדי הגשתם או נכונות הסכומים ששולמו על פיהם.

אישור זה בתוקף מיום 01/01/2018 ועד יום 31/03/2019

שם - אינטרנט

שם משדר

31/03/2019	01/01/2018	31/03/2019	01/01/2018
דמאיד קרן	דמאיד קרן	דמאיד קרן	דמאיד קרן
066690090	066690090	066690090	066690090
31/03/2019	01/01/2018	31/03/2019	01/01/2018
31/03/2019	01/01/2018	31/03/2019	01/01/2018

מנכה יקר,
בטופס זה הושקעו מאמצים למניעת זיופים.
ניתן לאמת את נכונות שיעור ניכוי המס
באתר האינטרנט של מ"ה שכתובתו
WWW.MOF.GOV.IL/TAXES
אישור זה מבטל כל אישור קודם.

אורן בר
ממונה אזורי מס ערך מוסף
תל אביב 3 - מ

דוד טובול
פקיד השומה
תא 3



אישור לצורך ניכוי מס

003	52	01	38	066690090	דגמאיו קרו
קבוצת חשבון	סוג תיק	חוליה	פקיד שומה	מספר תיק מס הכנסה	שם
67778	תל אביב - יפו	14	יד חרוצים	כתובת	
04/03/2018	066690090	936113448			
תאריך הדפסה	מספר תיק מע"מ	מספר תיק ניכויים			

6910 - שירותים משפטיים

ענף מס הכנסה

6910 - שירותים משפטיים

ענף מע"מ

על יסוד המסמכים והנתונים שהומצאו לי הנני מאשר בזה כי מתשלומים בעד ביצוע עבודות המנויות להלן יש לנכות לנמען מס הכנסה בשיעורים הבאים:

066690090	דגמאיו קרו	066690090	פסור מלא	שירותים או נכסים, המתאימה עבודה חקלאית, עיבוד יתלומים, לרבות דמי שכירות, למעט עבודות בנייה אלא אם כן צוידך אחרת.
01/01/18-מ	066690090	01/01/18-מ	פסור מלא	
066690090	066690090	066690090	פסור מלא	
01/01/18-מ	066690090	01/01/18-מ	פסור מלא	
066690090	דגמאיו קרו	066690090	פסור מלא	סוגי שכר מסוימים, לרבות שכר סופרים.
01/01/18-מ	066690090	01/01/18-מ	פסור מלא	
066690090	066690090	066690090	פסור מלא	
01/01/18-מ	066690090	01/01/18-מ	פסור מלא	

1. לתשומת לבך:
2. אישור זה אינו תקף לענין חוק עיסקאות גופים ציבוריים התשל"ו-1976.
3. אישור זה חל אך ורק על ניכויים מתשלומים המפורטים לעיל.
4. אישור זה אינו חל על תשלומי משכורת, הטבות ותשלומים בשווה כסף. כל הטבה ותשלום בשווה כסף חייבים בניכוי מס במקור ע"י נותן ההטבה, עפ"י השיעור המתחייב מתקנות מס הכנסה (ניכויים במקור).
5. אישור זה אינו מהווה אסמכתא לבנק לצרכי העברת תשלומים לחו"ל.
6. אישור זה אינו חל על הפקעת זכות במקרקעין.

אישור זה לא יחול על חיוב במס במכירת זכויות במקרקעין או בפעולה באיגוד מקרקעין על פי חוק מיסוי מקרקעין.

01/01/2018	ועד יום	31/03/2019	אישור זה בתוקף מיום
שעם - אינטרנט			האישור הוצא ע"י
			שם משדר

דוד טובול
פקיד השומה
תא 3

מנכה יקר,
בטופס זה הושקעו מאמצים למניעת זיופים.
ניתן לאמת את נכונות שיעור ניכוי המס
באתר האינטרנט של מ"ה שכתובתו
WWW.MOF.GOV.IL/TAXES
אישור זה מבטל כל אישור קודם.

1. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז תחילת המחלה? ☒ לא / ☐ כן

אם כן, מתי ובאיזה היקף?

האם אתה עוסק עכשיו באיזו עבודה למען שכר או תגמול? ☒ לא / ☐ כן, אם כן, מהי?

מהי הכנסתך החודשית הנוכחית?

2. האם תוכל לפי דעתך לשוב לעבודתך הקודמת או לעיסוקך הקודם טרם קרות התאונה? ☐ לא / ☐ כן

אם לא, מדוע?

אם כן, מתי?

האם אתה מסוגל לעבודה כלשהי? ☐ לא / ☐ כן, אם כן, איזה סוג של עבודה?

ביטוחים ותשלומים נוספים

האם אתה מקבל או זכאי לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מאת:

זכויות לפיצוי		כן	לא	הגורם המשלם
תקופת תשלום	סכום חודשי			
	6000 ₪	X		חברת ביטוח אחרת
				קרן פנסיה
				ביטוח תאונות ו/או מחלות
		X		ביטוח לאומי
				המעסיק
				מקור אחר

הצהרת המבוטח

1. אני (המבוטח) מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' _____, ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין בנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך _____ שם + שם משפחה _____ חתימה _____

2. אני המבוטח / התובע מבקש לאור כל האמור לעיל לשלם לי/לתובע:

☐ פיצוי חודשי

☐ לשחרר את הפוליסה מתשלום פרמיות

מקום _____ תאריך _____

במידה ותאושר תביעתך יבוצע תשלום הפיצוי החודשי ישירות בהפקדה לחשבון הבנק שלך. לשם כך נא ציין את פרטי חשבון הבנק לתשלום וכן צרף צילום המחאה אישית מבוטלת לזיכוי הפרטים.

שם הבנק _____ שם/כתובת הסניף _____ מספר חשבון _____

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

21.11.19

לכבוד

עו"ד חני כהן

הראל חברה לביטוח בע"מ

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בפקס

ח.נ. שלום רב,

הנדון: קרן דמאיו, ת.ז. 066690090

תאונה מיום 27.9.17

מס' תביעה: 10119774

בהמשך למכתבך מיום 25.8.19 הריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב מכתב מרשות המיסים בדבר שיעור הניכוי מקצבת אובדן כושר עבודה לשנת 2019.

2. אודה לעיוןך וטיפולך המסור בביצוע תשלומי ההפרש אשר נוכו על ידכם.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



ה בחשון, תש"פ
3 בנובמבר, 2019

מ"ש: ת"א 3, ק.גלוית 106 66853

לכבוד	דמאלו קרן
	החותמים 3
	תל אביב - יפו
6772003	

פקיד שומה: תא 3
ת"א 3, ק.גלוית 106
72-3994000

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע
דרך אבא הלל 3
מס' תיק ניכויים: 930006101
מס' ישות: 520004078

קביעת שיעור הניכוי מתשלום קצבת אובדן כושר עבודה לשנת מס 2019

אישור זה מהווה אסמכתא לניכוי מס במקור בלבד. פקיד השומה רשאי לקבוע המס הסופי בשומה.

א. פרטים אישיים של המקבל:
שם: דמאלו קרן מס' זהות: 066690090

ב. הנני לאשר כי מהכנסתו של הנ"ל, המשולמת על ידכם בשנת המס 2019, יש לנכות מס במקור כלהלן:

- עד לסך של 7,447 ש"ח יש לנכות מס בשיעור 14% (ארבעה עשר %).
- מסך העולה על 7,447 ש"ח יש לנכות מס בשיעור 20.0%.

לתשומת ליבך:

- יש להקפיד על חישוב מחדש של המס בגין כל ההכנסות ששולמו על ידכם מתחילת שנת המס.
- יש לשמור אישור זה יחד עם טופס 101/101 של שומה.

פקיד שומה - ת"א 3
חוב קיבוץ גלויות 106
תל אביב
72-3994000
חוזמת המשרד

גזלה מרים
בשם פקיד שומה

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 21/11/2019 11:11
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	21/11 11:11
FAX NO./NAME	7348172
DURATION	00:00:30
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

21.11.19

לכבוד

עו"ד חני כהן

הראל חברה לביטוח בע"מ

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

בפקס

ח.ג. שלום רב,

הנדון: קרן דמאיו, ת.ז. 066690090

תאונה מיום 27.9.17

מס' תביעה: 10119774

בהמשך למכתבך מיום 25.8.19 הריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מצ"ב מכתב מרשות המיסים בדבר שיעור הניכוי מקצבת אובדן כושר עבודה לשנת 2019.

2. אודה לעיוןך וטיפולך המסור בביצוע תשלומי ההפרש אשר נוכו על ידכם.

10/10/2019

תאריך:

מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת ההתיישנות

עו"ד אריאל פרייברג
אבא הלל 7
רמת גן

א.ג.ג.

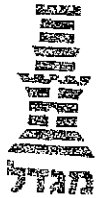
הנדון: ערעור בגין דחייה - אובדן כושר עבודה

מספר תביעה: 14875726
תאריך אירוע: 27.09.2017
ת"ז המבוטח: 66690090
שם המבוטח: דמאיו קרן
מספר פוליסה/ות: 17206153

הרינו להודיעך בזאת על דחיית תביעתך שבנדון:

- בתנאי הפוליסה שברשות מרשתך נאמר כי: מוצהר ומוסכם בזאת כי מבוטח ייחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה כאמור בתוכנית "מגדל כושר" גם אם איבד באופן מוחלט את כושר עבודתו, עקב מחלה או תאונה, ונשלל ממנו בשיעור של 75% לפחות, לתקופה העולה על תקופת ההמתנה, הכושר לעסוק באופן זמני או קבוע במקצוע או העסוק בו עסק לפני מועד אותה מחלה או תאונה, ושעליהם הצהיר בפני חברת הביטוח בהצעת הביטוח המתייחסת לתוכנית זו, או הודיע במהלך תקופת הביטוח כדרש בתנאי התוכנית, על פי המאוחר.
- לעניין "עסק לפני מועד אותה מחלה או תאונה" קרי במהלך שנים עשר החודשים לקדמו למועד כאמור.
- עוד נאמר בתנאי הפוליסה שברשות מרשתך כי מבוטח ייחשב כבלתי כשיר חלקי לעבודה אם עקב מחלה או תאונה, נשלל ממנו חלקית כושרו להמשיך לעבוד בכל מקצוע או עיסוק בו עסק ב-שנים עשר חודשים שקדמו למועד אותה תאונה או מחלה וכתוצאה מכך נגרם לו אובדן כושר עבודה חלקי מעל 25% ונמוך מ 75%, וכן שאינו מקבל תגמול או רווח בגין עבודתו.
- בנוסף, נאמר בתנאי הפוליסה שישנה תקופת המתנה בת 3 חודשים. לפיכך, תום תקופת ההמתנה הינה ביום 27.12.2017.
- יש לציין כי בפוליסה הנ"ל ישנה סעיף פרנצ'יזה מדורגת.
- המסמכים הרפואיים שהוצגו לחברתנו הועברו לעיון של רופא מומחה אשר הביע עמדתו כי מרשתך אינה נמצאת באובדן כושר עבודה כהגדרת המונח בפוליסה מעבר לתקופת ההמתנה.
- לפיכך, אין מקום לתשלום פיצוי חודשי עקב אובדן כושר עבודה על פי הפוליסה מעבר לתקופת ההמתנה ואנו נאלצים לדחות את תביעתך.
- מבלי לפגוע באמור לעיל, במידה ומרשתך באובדן כושר עבודה מעבר ליום 27.12.2017, נבקשך להמציא לחברתינו מסמכים רפואיים עדכניים ומפורטים מזמן אמת ולא בדיעבד+פרוטוקול מלא של המוסד לביטוח לאומי+12 תלושי שכר טרם האירוע+טופס תביעה+טופס הרשאה בנקאית+טופס ויתור סודיות+צילום המחאה/דף ניהול חשבון+צילום תעודת זהות+חנות דעת רופא תעסוקתי+אישור מעסיק על הפסקת עבודה/היקף משרה ואנו נשוב ונדון בתביעתך וגודיעך עמדה.

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201006-9201006
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951006



מגדל חברה לביטוח בע"מ

לשירותך בכל עת.

לידיעתך, באפשרותך לבחון קיומם של מוצרי ביטוח נוספים על שמך באתר האינטרנט המרכזי לאיתור מוצרי ביטוח ("הר הביטוח") בכתובת <https://harb.cma.gov.il>

השגה וערעור:

תשומת ליבך מופנית לכך כי בהתאם להוראות הדין, אם החלטת חברתנו בתביעה זו איננה מקובלת עליך, עומדת בפניך הזכות להשיג על ההחלטה בפני הגורמים הבאים:

א. מנהל התביעות בחברתנו:

בפנייה יפורט: שם מלא, מספר זהות, מספר תביעה, והנימוקים להשגותיך בקשר עם ההחלטה.

את הפנייה ניתן לשלוח באחת מהדרכים הבאות:

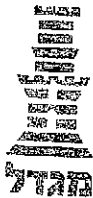
- דואר אלקטרוני לכתובת: haimtviot@migdal.co.il
 - פקס למספר: 03-5637750
 - אתר האינטרנט בכתובת: www.migdal.co.il באמצעות בחירה באפשרות "צור קשר" < תביעות > חיים ובריאות < תביעות חיים.
 - דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור תביעות חיים.
- הנך רשאי לצרף להשגתך חוות דעת של מומחה מטעמך ככל שאתה מוצא לנכון.

ב. הממונה על פניות הציבור של החברה באחת מהדרכים הבאות:

- דואר אלקטרוני לכתובת: tlunot@migdal.co.il
- פקס למספר: 03-5637882
- אתר האינטרנט בכתובת: www.migdal.co.il באמצעות בחירה באפשרות "צור קשר" < נציב תלונות הציבור.
- דואר ישראל לכתובת: מגדל חברה לביטוח בע"מ, לידי הממונה על פניות הציבור, ת.ד. 3063 קריית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106.

ג. ערכאה שיפוטית: הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר או גורמים נוספים אחרים.

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9200000
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קריית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106



מגדל חברה לביטוח בע"מ

התיישנות:

ברצוננו להביא לידיעתך כי בהתאם לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח הינה 3 שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תמנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח, (זאת לגבי תביעות שטרם התיישנו נכון ליום 24.3.2014). ברצוננו להדגיש כי ככלל, הגשת התביעה לחברתנו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וזי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. בעניינך, מקרה הביטוח אירע ביום 27.09.2017. מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח, במקרה שעילת התביעה היא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה, תמנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

לשירותך בכל עת,
תביעות חיסכון ארוך טווח ובריאות

ח.ל.ט

המכתב מנסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד ומיועד לנשים ולגברים כאחד.

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטל'פון 03-9200503.
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קריית אריה כתר תקווה, תיקוד 4951006



Q66690090

דמאָר קרן

DK

תל אביב - יפו

התוצרים 3

כתובות

15/09/2019

066690090

936113448

תאריך הדפסה

מספר תיק מע"מ

מספר תיק ניכונים

6910 - שירותים משפטיים

ענף מס הכנסה

6910 - שירותים משפטיים

ענף מע"מ

על יסוד המסמכים והנתונים שהומצאו לי הנני מאשר בזה כי מתשלומים בעד ביצוע עבודות המנויות להלן יש לנכות לגמען מס הכנסה בשיעורים הבאים:

066690090 תמישה
15/09/19 מ-
066690090
04/03/20 15/09/19
15/09/19 מ-
31/03/20 TV

05%
חמישה

שירותים או נכסים, המוא"ה,
עבודה חקלאית, עיבוד יהלומים,
לרבות דמי שכירות. למעט עבודות
בנייה אלא אם כן צו"ן אחרת.

דמי קרן

066890090 חמיושה 15/09/19-מ 066890090 066890090 תוח 15/09/19-מ	066890090 066890090 הכינויה 15/09/19-מ 066890090 066890090 דמי ש 15/09/19-מ
---	--

05%
תמישה

סוגי שכר מסוימים,
לרבות שכר סופרים.

1. לתשומת לבך:
2. אישור זה אינו תקף לענין חוק עיסקות גופים ציבוריים התשל"ו-1976.
3. אישור זה חל אך ורק על ניכויים מתשלומים המפורטים לעיל.
4. אישור זה אינו חל על תשלומי משכורת, הטבות ותשלומים בשווה כסף. כל הטבה ותשלום בשווה כסף חייבים בניכוי מס במקור ע"י נתן ההטבה, עפ"י השיעור המתחייב מתקנות מס הכנסה (ניכויים במקור).
5. אישור זה אינו מהווה אסמכתא לבנק לצרכי העברת תשלומים לחו"ל.
6. אישור זה אינו חל על הפקעת זכות במקרקעין.
7. אישור זה לא יחול על חוב במס במכירת זכויות במקרקעין או בפעולה באיגוד מקרקעין על פי חוק מיסוי מקרקעין.

אישור זה בתוקף מיום 15/09/2019 ועד יום 31/03/2020

האישור הוצא ע"י ש"ע - אינטרנט

שם משדר

דוד טוברל

פקיד השומה

תא 3

מנכ"ל יקר,

בטופס זה הושקעו מאמצים למנועת זיופים.

ביתן לאמת את נכונות שיעור ביכוי המס

באתר האינטרנט של מ"ה שכתובתו

WWW.MOF.GOV.IT/TAXES

סניף שיש מגדל מאחוריך
www.migdal.co.il



לקוח יקר,

בהמשך לפנייתך למרכז שירות הלקוחות – מצורפים המסמכים שביקשת.

בנוסף,

אנו מזמינים אותך להירשם ל"חשבון שלי", שירות חדש בו תוכל להתעדכן אונליין במידע אודות תוכניות הביטוח והחיסכון שלך במגדל.

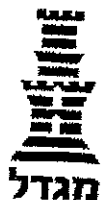
השרות מאפשר:

- לעקוב אחרי הפקדות ומשיכות שבוצעו בפוליסות ובתוכניות שלך.
- לצפות במידע אישי על מצב פוליסות הביטוח, קרנות הפנסיה, קרנות ההשתלמות וקופות הגמל שלך וכן בהודעת מצב ביטוח שנתי ומצב ביטוח רבעוני.
- להדפיס אישורי מס והצהרת הון לתום שנה.

כמו כן באתר מגדל תוכל למצוא מידע רחב וכלים אודות המוצרים השונים, בשפה פשוטה שכולם מבינים.

מגוון כלים נוספים באתר מגדל: WWW.MIGDAL.CO.IL

בברכה,
מרכז שירות לקוחות



מגדל חברה לביטוח בע"מ



לכבוד

15/09/2019

תאריך:

מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת ההתיישנותאריאל פרייברג משרד עורכי דין
אבא הלל 7 כניסה 0רמת גן
ובאמצעות פקס מספר 0773180983

א.ג.נ.

הנדון: הודעת תשלום – תביעת נכות מתאונה

מספר תביעה: 16188397
תאריך אירוע: 27.09.2017
ת"ז המבוטח: 66690090
שם המבוטח: דמאיו קרן
מספר פוליסה/ות: 17206153

הרינו להודיעך כי בהתאם לחבותנו על פי תנאי הפוליסה/ות, הינך זכאי לונגמולי ביטוח, בגין אירוע תאונתי מיום 27.09.2017, המהווה נכות בשיעור של:

5 % נכות בגין - כף יד שמאל.

5 % נכות בגין - צוואר.

סה"כ נכות 10 %.

בהמשך לבדיקת מרשך מיום 14/08/2019 במכון לוטם ע"י ד"ר הלל אייל, מומחה בכירורגיה אורתופדית, ולאחר קבלת חוות הדעת הוחלט לאשר את התביעה בגין אירוע מיום 27/09/2017. (מצ"ב חוות הדעת).

סכום הביטוח בפוליסה/ות הינו בסך 203,854.98 ש"ח. סכום זה צמוד למדד המחירים לצרכן נכון ליום התשלום.

חברתנו הכירה בשיעור של 10 % מסכום הביטוח ועל כן:

סך של 20,391.77 ש"ח יועבר לחשבונך בבנק 14 סניף 317 לחשבון 9133470.

סכום זה כולל תשלום ריבית בסך 6.28 ש"ח.

המועד בו היו בדינו מלוא המידע והמסמכים הדרושים לבירור חבותנו הוא: 04/08/2019

מבלי לפגוע באמור לעיל, נא ראה בסכום ששולם על ידנו תשלום שאינו שנוי במחלוקת וזאת מבלי לפגוע בטענתנו, כי מדובר

במלוא תגמולי הביטוח המגיעים לך לפי הפוליסה/ות.

הרינו להודיעך כי ככל שקיים בתנאי הכיסוי סעיף הקטנת סכום ביטוח בעקבות תשלום תגמולי ביטוח, ההקטנה תבוצע בהתאם.

אין באמור במכתב זה, כמו גם במה שלא נאמר בו, כדי לגרוע ו/או לפגוע בכל טענה ו/או כל זכות של החברה, והחברה שומרת על כל טעמותיה וזכויותיה בהתאם.

לידיעתך, באפשרותך לבחון קיומם של מוצרי ביטוח נוספים על שמך באתר האינטרנט המרכזי לאיתור מוצרי ביטוח ("הר הביטוח") בכתובת [/https://harb.cma.gov.il](https://harb.cma.gov.il)

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201006-03 כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951006

LMS

למען הבריאות שלכם

21 באוגוסט, 2019

לכבוד

תביעות ביטוח חיים

מגדל – חברה לביטוח

א.ג.ג.,

הנדון: הערכה רפואית אורתופדית בעניין דמאיו קרן, מס' ת.ז. 066690090

הערכה זו, ניתנה לבקשת לוטם שירותים רפואיים בע"מ ומיועדת להגשה לחברת הביטוח. ומתבססת על עיון במסמכים הרפואיים שהוצגו בפניי ובדיקה שערכתי לני"ל בתאריך 14.8.19. הנבדקת זוהתה באמצעות תעודת זהות

פרטי השכלתי וניסיוני:

2018 ואילך - חבר לשכת האתיקה של ההסתדרות הרפואית הישראלית.
2017 ואילך - מ.מ. סגן מנהל מחלקה אורתופדית, מרכז רפואי רבין, קמפוס גולדה.
2010 ואילך - רופא אחראי בכיר מחלקה אורתופדית, מרכז רפואי רבין, קמפוס גולדה.
2009 ואילך - הדרכת רופאים מתמחים וסטודנטים לרפואה, בקורסי אורתופדיה, מרכז רפואי רבין.
2009 ואילך - מרצה בקורס פתולוגיות שריר שלד, רפואה שנה שלישית, בית הספר לרפואה, מחלקה לפיזיולוגיה, אוניברסיטת ת"א.
2009 ואילך - מנהל ומרצה בקורס הכנה לבחינות הסמכה של המועצה המדעית למתמחי החטיבות הכירורגיות של בתי החולים באזור המרכז.
2007 ואילך - מרצה בקורס רישוי לרופאים חוזרים, מרכז רפואי רבין.

השכלה:

2010 - קורס ניהול סיכונים, אחראי ניהול סיכונים, המחלקה האורתופדית.
2010 - התמחות על טפול ניתוחי, כף רגל וקרסול, בית חולים יוניון ממוריאל, בולטימור, ארה"ב.
2010-2003 - התמחות בכירורגיה אורתופדית, מרכז רפואי וולפסון ומרכז רפואי רבין.
2003-2000 - יושב ראש וועדה רפואית ומפקד הוועדות הרפואיות פיקוד מרכז, צריפין, רופא יחידה 8200, קצין רפואה פעילה פיקודי, חיל המודיעין, גלילות.
2000 - שנת סטאז' במרכז הרפואי "אסף הרופא", צריפין מספר רישיון רופא 36093.
1999 - בוגר בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים

שם: דמאיו קרן ת.ז. : 066690090

המסמך מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

לוטם שירותים רפואיים
עליית הנגזר 42 חל אביב
70 . 03-6959242 . טקס. 03-6959242
officer@lotemmed.co.il



פרטים אישיים:

שם: דמאיו קרן
מס' ת.ז.: 066690090
ת. לידה: 21.12.1984
כתובת: החותרים 3 תל אביב
מצב משפחתי: רווקה
עיסוק/מקצוע: עורכת דין

המסמכים הרפואיים אשר עמדו לרשותי:

סיכום אשפוז במחלקה לרפואה דחופת, במרכז הרפואי "סוראסקי" מתאריך 28.9.17
דו"ח מד"א מתאריך 27.9.17
ממצאי בדיקת CT כף יד, מתאריך 28.9.17
ממצאי בדיקת MRI עמוד שדרה צווארי + גבי מתאריך 18.12.18
הערכת נכות מאת ד"ר יחזקאל טיטון, מומחה בכירורגיה אורתופדית מתאריך 24.2.19

היסטוריה רפואית:

לדברי הג"ל בתאריך 27.9.17 עברה תאונת דרכים כרוכבת קטנוע. נחבלה בעוצמה ועפה מן הקטנוע בפגיעה תזיזית עם רכב.
פונתה על ידי אמבולנס מד"א למיון במרכז הרפואי "סוראסקי" שם עברה צילומים ובדיקת CT מכוונת לכפות הידיים ושורשי כפות הידיים דו"צ
בדיקת CT כף יד, מתאריך 28.9.17 הדגימה שבר בסקפואיד ללא תזוזה, קו שבר בעצם התמאסט ביד שמאל
הג"ל קובעה בגבס והמשיכה במעקב מרפאות חוץ במרכז הרפואי "אסף הרופא" ובמסגרת קופת החולים.
קובעה בגבס למשך כ 10 שבועות ובסד למשך 6 שבועות נוספים.
בשל כאבי צוואר וע"ש גבי הופנתה לביצוע בדיקת MRI של ע"ש צווארי וגבי
בדיקת MRI עמוד שדרה צווארי וגבי, מתאריך 18.12.18 הדגימה בלטי דיסק קלים C4-5-6 ללא לחץ עצבי או היצרות

שם: דמאיו קרן ת.ז.: 066690090

המסמך מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

לועם שירותים רפואיים
עליית וואנר 42 תל אביב
70 03-6959242 פקס, 03-6959243 טל.
office@lotionmed.co.il

מסמך מס' 101



הערכת נכות מאת ד"ר יחזקאל טיטון, מתאריך 24.2.19 רושם למגבלת תנועה בשורש כף היד טווחים 30-60, עם מגבלה קלה בהטייה רדיאלית הומלץ קביעת סעיפי ליקוי כדלקמן:

5% לפי סעיף חלקי 37 (5) (א) לתקנות בגין הפגיעה הצווארית הגורמת למגבלת תנועה מיזערית וכאבים בעמ"ש צווארי.

10% לפי סעיף 35 (1)(ב) לתקנות, סעיף "סל" בגין הפגיעה בכף יד שמאל ומגבלת תנועה שורש כף היד.

5% לפי סעיף 75 (1) (א-ב) לתקנות בגין מכלול הצלקות הקיימות.

תלונותיה כיום:

1. כאבים בכף יד שמאל באספקט אולנארי
2. תחושת נימול באצבעות
3. מגבלת תנועה בשורש כף יד
4. צלקות מפריעות
5. כאבים בע"ש צווארי

בבדיקה:

יד דומיננטית: ימין.

טווחים נמדדים של עמוד השדרה צווארי -

טווחים לכפף הראשי- הגעה של הסנטר עד למרחק של כ- 2 ס"מ מעצם החזה

טווחים ליישור של עמוד השדרה הצווארי נמדדו כ- 30 מעלות

טווחים לסיבוב של עמוד השדרה הצווארי נמדדו כ- 70 מעלות דו צידי

הטייה של עמוד השדרה הצווארי נמדד כ- 30 מעלות דו צידי

בבדיקה עצבית אין רושם לקיפוח עצבי מוטורי או תחושת

טווחים שורש כף יד ימין -

טווחים פאסיביים לכפף כפי של כ- 60 מעלות ולכפף גבי של כ- 60 מעלות

של כ 30 מעלות ULNAR TILT של 20 מעלות ו RADIAL TILT

פרונציה נמדדה כ 60 מעלות וסופינציה כ- 60 מעלות

3 צלקות בשוק כ 7 ס"מ כל אחת ללא מגבלה פונציונאלית בברך,

צלקות לא מגבילות או מכערות אך מעט רגישות

שם: דמאיו קרן ת.ז. : 066690090

המסמך מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

לחם שירותים רפואיים
עליית הנוער 42 תל אביב
טל' 03-6959242 :פקס 03-6959243
officer@lotemmed.co.il

מסמך זה נבדק באמצעות מערכת



דיון וסיכום:

מדובר בגבי כבת 34 בתאריך 27.9.17 מצב לאחר תאונת דרכים כרוכבת קטנוע, נחבלה בכפות הידיים עם שבדים בעצמות קרפליות (האמאט ועצם הסירה) הייתה מקובעת בגבס למשך תקופה ארוכה, עם מגבלת תנועה שורית קלה, יש לציין כי בבדיקתי התרשמתי מטווחים מעט מוגבלים אך טובים יותר בהשוואה לבדיקתו של דר' טיטיון, קיימת גם מגבלת תנועה זעירה בעיש צווארי עם ממצאים ב MRI.

לאחר עיון במסמכים הרפואיים אשר עמדו לרשותי ובדיקתי להערכתי בעקבות התאונה הנדונה לנייל נכויות אורתופדיות כדלקמן:

5% לפי סעיף 35 (1) א-ב לתקנות בשל מגבלת תנועה קלה בשורש כף יד.

5% לפי סעיף 37 (5) (א) (מחצית הסעיף) לתקנות המל"ל בשל מגבלת תנועה זעירה בעיש צווארי הצלקות אינן מהוות פגימה פונקציונלית ואין בעטיין אחוזי נכות.

בכבוד רב,

ד"ר הלר אייל,

מומחה בכירורגיה אורטופדית

הערכה זו אינה חו"ד לבית משפט לפי פקודת הראיות

שם: דמאיו קרן ת.ז. : 066690090

המסמך מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

למס שירותים רפואיים
עליית הנוער 42 תל אביב
03-6959242 : פקס : 03-6959243
office@tolenimed.co.il

למס שירותים רפואיים



מגדל חברה לביטוח בע"מ



לכבוד

12/09/2019

תאריך:

מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת ההתיישנות

אריאל פריינברג משרד עורכי דין
אבא הלל 7

רמת גן

ובאמצעות פקס מספר 0773180983

129.19 - נסח כ"א

א.ג.ב.

הנדון: הודעת המשך בירור / דרישה למסמכים נוספים - תביעת נכות מתאונה

מספר תביעה: 16188397
תאריך אירוע: 27.09.2017
ת"ז המבוטח: 66690090
שם המבוטח: דמאיו קרן
מספר פוליסה/ות: 17206153

הרינו לעדכן כי בהתאם להודעתך מיום 16/07/2019, פעלה חברתנו לבירור התביעה.
לצורך המשך הטיפול בתביעתך, נבקשך להעביר אלינו את המסמכים הבאים:
• אישור ניהול ספרים של העו"ד/תעודת עוסק מורשה עו"ד

את המסמכים אפשר לשלוח אלינו באחת מהדרכים הבאות:

בדואר: עבור מגדל חברה לביטוח בע"מ, עבור תביעות חיים.
ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106
בפקס: 076-8869732 | דוא"ל: nehutvot@migdal.co.il

יש להעביר את המסמכים בצירוף פרטים מזהים כגון: מס' תביעה, מס' פוליסה, מס' זהות, שם מלא ותאריך אירוע.

לידיעתך, באפשרותך לבחון קיומם של מוצרי ביטוח נוספים על שמך באתר האינטרנט המרכזי לאיתור מוצרי ביטוח ("הר הביטוח") בכתובת <https://harb.cma.gov.il>

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201010
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106



מגדל חברה לביטוח בע"מ

התיישנות:

ברצוננו להביא לידיעתך כי בהתאם לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח הינה 3 שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח.
הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תמנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח, (זאת לגבי תביעות שטרם התיישנו נכון ליום 24.3.2014).
ברצוננו להדגיש כי ככלל, הגשת התביעה לחברתנו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בענייך, מקרה הביטוח אירע ביום 27.09.2017.

מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח, במקרה שעילת התביעה היא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה, תמנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

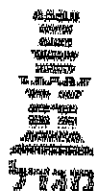
לשירותך בכל עת,
תביעות היסכון ארוך טווח ובריאות

ט.ל.ח

המכתב מנסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד ומיועד לנשים ולגברים כאחד.

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201010
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

טוב שיש מגדל באהוריך
www.migdal.co.il



לקוח יקר,

בהמשך לפנייתך למרכז שירות הלקוחות – מצורפים המסמכים שביקשת.

בנוסף,

אנו מזמינים אותך להירשם ל"חשבון שלי", שירות חדש בו תוכל להתעדכן אונליין במידע אודות תוכניות הביטוח והחיסכון שלך במגדל.

השירות מאפשר:

- לעקוב אחרי הפקדות ומשיכות שבוצעו בפוליסות ובתוכניות שלך.
- לצפות במידע אישי על מצב פוליסות הביטוח, קרנות הפנסיה, קרנות ההשתלמות וקופות הגמל שלך וכן בהודעת מצב ביטוח שנתי ומצב ביטוח רבעוני.
- להדפיס אישורי מס והצהרת הון לתום שנה.

כמו כן באתר מגדל תוכל למצוא מידע רחב וכלים אודות המוצרים השונים, בשפה פשוטה שכולם מבינים.

מגוון כלים נוספים באתר מגדל: WWW.MIGDAL.CO.IL

בברכה,
מרכז שירות לקוחות

[illegible][illegible]

תקופה	10/07/2018 - 10/04/2019	מחיר ממוצע: ד'ם 30	4,000	50%	8,000 ליווי	926759985 שלישי
סך הוצאות		הוצאת כסף	כסף קצבתי	אשראי	פיקודים	פרטים נוספים

ΝΥΤ'



ፎቶግራፍ ማረጋገጫ ማረጋገጫ | ፎቶግራፍ ማረጋገጫ

6744316 01-2121-17
A סטיוס למגזין 65, 66
ללא תשלום
ללא תשלום

מכאן נראה שיש להבחין בין שני סוגים של חשיבות: חשיבות רוחנית, שיש לה חשיבות עצמאית, וחשיבות חומרית, שיש לה חשיבות רק ביחס לחשיבות רוחנית. חשיבות רוחנית היא חשיבות שיש לה חשיבות עצמאית, וחשיבות חומרית היא חשיבות שיש לה חשיבות רק ביחס לחשיבות רוחנית.

[illegible][illegible]

2: ג'אס - יקלעט טודעס ערשטן אדא - 4381 - חלוקת חסד
- רבנות

ፕላን: ለጥያቄው ማስፈጸም የሚያስፈልጉትን ምንጮች ይግለጹ፡፡



UNCLASSIFIED//FOR OFFICIAL USE ONLY

- UNUS LOCI

MISSOURI

NOTES SECRETS RUC
SECRET LE 10000

ה. שו"ת אורח חיים ונחל דוד.

ՀԱՆՐԱՆԻՔ ԵՐԵՎԱՆԻ՝

ՀԱՅԹ ԵՔԼ ՆՄ՝ ՌԵՆ՝ ՍԼԼԻՔԻՐԻ ԼՈՒՀԻՆ ԵՐԵ ՍԼԹԱՐԻ ՔԶ ՍԿԹԱՍ ՄԵԻՔԼ
Ե՝ ՌԵՆ՝ ՍԼԼԻՔԻՐԻ ՔԻԼԼԵԾՈ ՀԱՄԻԵ ՍԵՔԼ ՍՈՒԼ՝ ԸՇԶ ՊՈՆՈՒ ԸՆԾԹԼԼԵԾՈ

using acid.

ז' לזכר אברהם בן יצחק אבן עזרא ז"ל

GAL.

T. Երկրի մակերևույթի վրա գտնվող ջրերի մակարդակը

התאריך: 5.6.91 מיום חתימת הסכם השלום:

10119774 : 42261101

27.9.17 א.ל.מ.ל.ל.

UCLL: 21 LANC' 4.1 060069990

4. C. AGLO LE'

52118 1707

ALUIC NEN U44 E' U.L. 1961

ULNG UELL GELAU TKA, A

אלה הם

4511

14.7.19

٤٤٤

ՀԻՆԷ ԱՆՔ ՀԵՌԼՆ ԵՀԵԼ

ཕ་དྭ་ཇ

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

077-3180983 079 03-7412358/50

7 ABA HILLET ST, RAMAT GAN

ԼՍԼԵ ՆԵՆ ԱԿԿ 2 ԼՈՒԷ ՎԼ (ԵՒԷ ՏՎԵԼ)

ARIEL FREIBERG, ADV

ALONG GLACIER ROAD

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME
FAX NO./NAME

16/07 20:01

ARIEL FREIBERG, ADV

ALONG GLACIALLY RUL

7 ABA HILTEL ST, RAMAT GAN

LUKE NEW LGG / LGG FL (TUG A-GL)

TEL 03-7412358, FAX 077-3180983

077-3180983 079 03-7412358/59

EGDA
ZSLC: 01,01 ZGALL EGEL

LEAF 81175
EXHIBIT NEN UCC E' L'L' 1961

27.9.17 סיום תאריך
10119774 : תאריך תשלום

TUVALU COUNTRY AND ITS PEOPLE ACT 1978:

T. GRILL FULLER LIL GRILL DLENG GARRECO GRILL LIL GRILL RIGU

7- የሆኑ ልጆች ወይም ሌሎች ልጆች ለጥያቄው ማስፈጸም ማቅደስ ይችላሉ

ՀԱՅԿԵ ԻՇԼԱԿԱՆ՝
ՀԱՌԹ ԵՐԼ ԻՄ՝ ՆԵՆ՝ ՍԻԼԻՔԻ ԼՈՒՀԻՆ ԵՏԵ ՎԼԹԱՆ ԻՅ ՍԵՐԱՆ ԿԵՐՈՍ

ה'תשס"א: 1.43% מהמחירים החדשים, והאחוזים החדשים של 2% יועדו מעתה ועתה להחליט על מחירים חדשים, ולא להחליט על מחירים חדשים.

ԱՌԴ ՀԱՅԷԼ ՆԱԽԸ ԱՍՏՄ ՆԵՒՄ:

ՀԱՅԻՆՆԵՐ՝

ק"צ ביערן | רעזאנאנס מאגנעטישע אימאזש (MRI) פאר די אנטדעקונג פון אומנאטורלעכע פאראנדערונגען אין די געדאכט פונקטן פון אונזערע פאטענטן מיט דיאגנאסטישע און פראגנאסטישע ציעלן.

[illegible]

אדם וטוהל ד' וממלא סוכסוכם אוראנו שלדולט "AG" 61079'80 סוכסוכם אוראנו שלדולט "L" דאך שלדולט לטולט
 יום שלדולט + 61079'80 AG

[illegible]

*החלטה: הוועדה ממליצה להעביר את המסמך למשרד המשפטים, למשרד הכלכלה ולמשרד הבריאות.

[illegible][illegible]

ՆԱԳԻՆՈՒ ՇԼԵԺԱՆ:

[illegible][illegible]

תקרת חיות: 27/09/2017

926759857019

ԱՌԱՄ ԽԽ: 06006999

וואס דאס איז: טעאטע

10120514 7508 חייט פאפאליאט נאכט זאגט: ווארט

N.Y.C.



היחל אלוהים את ימי האדם

UWOLNIENIE

ԱՄԷ, ՀԵՅԻՆ ԵՆՈՒՄ

18702494:KJCHPX

תאריך: 05.12.2019

ፎቶግራፍ ለፍጥነት ለፍጥነት ለፍጥነት | ፍጥነት ለፍጥነት



03-9208103:150

ԷՊԱՍ ՀԱՍԼ ՀԼՈՒՄԸ ԵՇՀ ԱՄ՝

03-7348172:079

052-3237169: מידע: חילוקי תשלום

הרצל-ישראל-מרכז-למחקר-מדיניות

טאָמלעך און אַלע אַנדערע אַרבעטס־מאָמענטן וואָס זענען נאָך צו באַמערקן, און אַלע אַנדערע אַרבעטס־מאָמענטן וואָס זענען נאָך צו באַמערקן.

Abstract

CC44' ՆԱԹԱ ՆԱԵԼԱԿԱ ՀԱՏԼԻ

ԵՄԼՍ ԽՈՒՄԸ ԵՄԵՂԱՆ

המחיר המלא של המוצר הוא 199 ₪. המחיר המיוחד הוא 149 ₪.

אין אונזערע זאכן, און אונזערע זאכן זענען אונזערע זאכן, און אונזערע זאכן זענען אונזערע זאכן.

Կ՝ՈՂ ԵՒ ՃԵՆՍ ԸՇԸ ԿՈՒՑ ԼԸԾԸՈՒ ԸՄԸ

[illegible]

Ք՝ ԱԶ ԵՒ ՅԵՈՒՆ ԸՍՈՒ ԸՆԾՈՒ ԵԱԾԱԿՈՒ ՔՆՆ ՍՈՒ ԼԱՍ ՈՂ ՍՈՍՍԵ ՍՈՒԱԼ՝

לכבוד

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

מ.ג. 13926

[illegible]

1. תאריך: 27.8.17, שם: אוריאל, מס': 1

[illegible]

ACNE.

8. ԾԱԾԿՈՑ ԼԵԴԱՆՈՒՄ՝ ԱՆՔԱՆ ՔՆՆՈՒՄԸ ԵՊՈՒ ՆՈՒՆԼ՝ ԹՈՒ ՆԱԽԵՐ ԵՄԱՅԷ ԼԵԴԱՆՈՒՄ ԶԵՆՈՒՄ ԵՄԵՆՈՒՄ ԻՍԽԱՆՈՒՄ ԶԵՆՈՒՄ

OL 2000 16.03.2000

4. מסכת סנהדרין פרק ט"ז הלכה ט"ז

FLAME NO.: (LG, L&H)

* AIDU MILA CB LA MEXI, UNA LAEL COLEGIAL (45, ALL UN T, U N, C, G, IT)

* TO WHOM IT MAY COME: ALL SUCH DOCUMENTS AND INFORMATION RELATING TO, AND ANY AND ALL SUCH PERSONS AND

(החל מן ה-1 במרץ 1994) חלוקה בין המועצה לביטחון ולבריאות ולרשות הרפואית

[illegible]

• MRI (4) ברוח איתור אזור (90%), נרשם בפרק 3.12.17 לראשון (90%)

01010 1111: 01101 10000' 11101 111 10010101 10101 11011-10011' 101 10111 11' 27' 9' 11' 11111 111111 111111 111111

GIDULU N'N, ULUN ZULL UNIL ALI TIRU KICIKIT' UZIZITU KL MILA CB J. MAMAL ITLL WJ; UMUKLO GAN AGARIB TTL' MAXLU

[illegible][illegible]

המנהל הכללי של המבחן יאשר את תנאי הפיקוח ואת אופן הפיקוח.

ה'תשנ"ח י"ב כסלו ה'תשנ"ח י"ב כסלו ה'תשנ"ח י"ב כסלו

UŞALI'N İÇİNE GİRİŞİ KAPALI OLAN DAHA KAPALI ÇİFT ÇİFT KAPALI İÇİNE GİRİŞİ

מסלול אחר, כל אדם, ללא קשר, לא יוכל להימנע מלענות (על ידי אחרים)

TEL: 02 60 00 00 00 FAX: 02 60 00 00 00

- פ. תולדות הציונות והתנועה הציונית מאז ומתמיד.

מב	%5
כלכלה	%01
מכלכלה וכלכלה כלכלה כלכלה	%5
מכלכלה כלכלה	%5
מכלכלה כלכלה	%01
מכלכלה כלכלה	%01
מכלכלה כלכלה – כלכלה כלכלה כלכלה (כלכלה כלכלה כלכלה)	%55
מכלכלה כלכלה	%55
מכלכלה כלכלה	%55
מכלכלה כלכלה (כלכלה כלכלה כלכלה)	%55
מכלכלה כלכלה (כלכלה כלכלה כלכלה)	%55
מכלכלה כלכלה	%55
מכלכלה כלכלה	%001
מכלכלה כלכלה – כלכלה כלכלה כלכלה (כלכלה כלכלה כלכלה)	%001
	כלכלה כלכלה כלכלה
כלכלה	כלכלה כלכלה כלכלה

- 5' תענית חמשה עשר ימים ושלשה שבועות, אדם שיש לו חמשה עשר ימים ושלשה שבועות:
 תענית חמשה עשר ימים ושלשה שבועות, אדם שיש לו חמשה עשר ימים ושלשה שבועות:
 7' תענית חמשה עשר ימים ושלשה שבועות, אדם שיש לו חמשה עשר ימים ושלשה שבועות:
 8' תענית חמשה עשר ימים ושלשה שבועות, אדם שיש לו חמשה עשר ימים ושלשה שבועות:

[illegible]

454

LEAF KL 9090522

NEW 444 L'

ALL LONG GLEEL

CELL

03/01/2018 : 17h25

DATE	FROM	TO
05/01	05/01	05/01

health@ayalon-ins.co.il

[illegible]

10957. 7. 52008 12-117, 12 1210 לרן נאנ, 17: טויוטו ילוא

10957 ז"ל, 52008 יא-תמוז, 12 תשרי 5710 ז"ל, 17 תמוז 5711 ז"ל

Dr. Wasserauf Simcha
Orthopaedic Surgeon M.D., M.Sc.
4 Hashaked st., Givat-Shimel

M.D., M.Sc. מ.ר. מ.ס. מ.ר. מ.ס.
מחלקת אורתופדיה ומ.ר. מ.ס. מ.ר. מ.ס.
10982, מ.ר. מ.ס. מ.ר. מ.ס.
מ.ר. מ.ס. מ.ר. מ.ס. מ.ר. מ.ס.
Tel.: 03-5523572 :750

108817

התאמת: 1. עבודת הד"ר, איננה דורשת פיקוח של מנהל.
2. הפיקוח הוא של מנהל המוסד.
3. הפיקוח הוא של מנהל המוסד.
4. הפיקוח הוא של מנהל המוסד.
התאמת: 1. עבודת הד"ר, איננה דורשת פיקוח של מנהל.
2. הפיקוח הוא של מנהל המוסד.
3. הפיקוח הוא של מנהל המוסד.
4. הפיקוח הוא של מנהל המוסד.

אגף
צוות תשלומי ביטוח קולקטיב תאונות אישיות
מייל: health@ayalon-ins.co.il
מבלי לפגוע בזכויות
תאריך: 15/07/2018

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
אבא הלל 7,
רמת גן 7250606

הנדון: תביעה מס' 106336
פוליסת בריאות מספר 7347122
"הגנה מתאונה AL" ע"ש דמאיו קרן
תאונה מיום: 27/09/2017

מאשרים קבלת מסמכי התביעה מיום 05.07.2018 והריני להשיבך כדלקמן:

1. על פי תנאי הפוליסה נספח לפיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה כתוצאה מתאונה פרק 7-תביעות וותשלומי החברה סעיף 7.1 תביעות: "ד: חבות החברה על פי הפוליסה תקבע על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלבנטי בכפוף למסמכים ולמידע ו/או לבדיקת המבוטח כאמור בסעיף זה".
2. לאחר בדיקתך ע"י רופא מומחה ועל פי המסמכים הרפואיים אנו סבורים כי אין הצדקה רפואית לתשלום בגין תקופת אי כושר עבודה בגין האירוע שבנדון מעבר לתקופת ימי ההמתנה הנקובה בפוליסה.
3. לאור האמור לעיל, הרינו להודיעך כי חברתנו דוחה את תביעתך בגין תשלום אובדן כושר עבודה.

4. תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנות על פי חוק לאחר שלוש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.
5. הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.
6. יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958 קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.
7. מהמידע המצוי בידינו יום קרות האירוע / היום בו קמה לך זכות לתבוע תגמולי ביטוח הינו 27.09.2017.
8. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברה כדי לעצור את מירוצן ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מירוצן ההתיישנות.
9. מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו או במועד קיומו.

בכבוד רב,
איתן עדי
צוות תאונות אישיות
אגף הבריאות

אגף
צוות תשלומי ביטוח קולקטיב תאונות אישיות
בריאות
מייל: health@ayalon-ins.co.il
מבלי לפגוע בזכויות
תאריך: 04/02/2018

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
אבא הלל 7,
רמת גן 7250606

ח.ג.

הנדון: תזכורת ראשונה
דרישה להשלמת מסמכים תביעה מס' 106336
פוליסת בריאות מספר 7347122
"הגנה מתאונה AL" ע"ש דמאיו קרן
תאונה מיום: 27/09/2017

1. בהמשך למכתבנו מיום 03/01/2018, הרינו לשוב ולפנות אליך כדלקמן.
2. באשר לדרישת מרשתך לפיצוי בגין אובדן כושר עבודה: יש להעביר אישור רו"ח כי הנ"ל הינה עצמאית וכי לא נרשמו הכנסות לאורך כל תקופת אי הכושר הנטענת. כמו כן, יש להעביר אישור מאת רופא תעסוקתי כי מצבה הרפואי של מרשתך אינה מאפשר לה לחזור לעבודה, בצירוף אסמכתאות רפואיות עדכניות.
3. תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר שלוש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.
4. הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958 קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.
5. מהמידע המצוי בידינו יום קרות האירוע / היום בו קמה לך זכות לתבוע תגמולי ביטוח הינו 27/09/2017.
6. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברה כדי לעצור את מירוך ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מירוך ההתיישנות.

בכבוד רב,
קרן לויט מנסקוביץ, עו"ד
צוות תשלומי ביטוח
אגף הבריאות

7.2.18

לכבוד

עו"ד קרן לויט מוסקוביץ
איילון חברה לביטוח בע"מ

באמצעות דוא"ל: health@ayalon-ins.co.il

ח.נ. שלום רב,

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

הנדון: קרן דמאיו, ת.ז. 066690090
תאונה מיום 27.9.17; מס' תביעה: 106336

1. רצ"ב אישור רו"ח בדבר הכנסותיה של מרשתי ותעודת עוסק מורשה.

2. כן, רצ"ב תיעוד רפואי נוסף ואישורי אי כושר.

3. אודה לביצוע העברה בנקאית לח"מ.

4. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

הערות:

1. עבודתה כע"ד, איננה דורשת פעילות מאמצת של הידיים.
 2. הפגיעה היא בשורש כף יד שמאל שאיננה דומיננטית.
 3. השבר התחבר והגבס הוסר ב 4.12.17, כחודשיים וחצי לאחר האירוע.
 4. אני לא רואה סיבה רפואית סבירה בגללה לא יכלה לעבוד גם עם הגבס על יד שמאל וגם עם הסד.
- לאור האמור לעיל ובהתאם לתקנות הביטוח הלאומי, אני בדעה, שמפאת הספק מבחינה אורטופדית יש לאשר אי-כושר עד 3 חודשים, על רקע האירוע הנדון.
- לאור כל האמור לעיל

ניתן לומר שהמצב יציב והנזק מגובש ובהתאם לתקנות הביטוח הלאומי, אני בדעה שנותרה נכות כדלקמן:

10% נכות אסטטית בלבד בשל הצלקות לפי סעיף 175(1)ב

5% לפי סעיף 135(1) א-ב מותאם עקב החבלה והשברים בשורש כף יד שמאל

ד"ר שמחה וסרלאוף

Dr. Yehzekel Tytium
Orthopaedic Surgeon
Foot & Ankle surgery
L.N. 28558, S.L.N. 21322

טל. נייד 054-4672646 - Mobile
פקס - 09-7465615 FAX
E-mail: tyti@zahav.net.il

ד"ר יחזקאל טיטיון
מומחה בכירורגיה אורתופדית
כירורגיית קרסול וכף הרגל
מ.ר. 28558, מ.ר.מ. 21322
מרכז גירון, רח' ז'בוטינסקי 3, רעננה 4336307
מרכז רפואי נ.א.ר.א., בית נח, רח' ז'בוטינסקי 155, רמת-גן 52575

תאריך: 24.02.2019

הערכת נכות.

לכבוד: עו"ד ליאור פרייברג

הנדון: גב' דמאי קרן, ת"ז 066690090.

הנ"ל בת 34, רווקה + 0, תושבת תל-אביב, עו"ד במקצועה. ברקע: בריאה בד"כ.

מספרת כי בתאריך 27.09.2017 נפגעה בתאונת דרכים כרוכב קטנוע במהלך עבודה. פגעה עם הקטנוע במונית שביצעה פניית פרסה פתאומית במקום אסור. נפגעה בכף יד ושורש כף יד שמאל וסבלה מפצעים בשוקיים ובברכיים כן נפגעה בצוואר ובחזה. פונתה ע"י אמבולנס מד"א לבדיקה בחדר המיון של מרכז רפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי, נבדקה ראשונית וכן בוצעה בדיקת CT שורשי כפות ידיי וכפות ידיים, אובחן כי סובלת משברים בעצם הסקאפואיד ובהמייט בכף יד שמאל, קובעה בגבס ושחררה לביתה. בהמשך הייתה במעקב במרפאת חוץ כף יד של מרכז רפואי אסף הרופא בצריפין ובקופ"ח באזור מגוריה. לאחר כ-10 שבועות הורד הגבס וקובעה בסד תומך לשורש כף יד למשך חודש וחצי נוספים. בהמשך טופלה בפיזיותרפיה. בשל זרמים ורדימות בכף יד שמאל בוצעה בתאריך 28.06.2018 בדיקת EMG גפיים עליונים שפוענחה כתקינה. בשל תלונות על כאבים בצוואר ובגב בוצעה בתאריך 18.12.2018 בדיקת MRI ע"ש צווארי וגבי שהדגימה בלטי דיסק בגובה C4-5-6.

תלונות נוכחיות:

כיום סובלת מכאבים בצוואר, מוגבלת בתנועה, מרגישה שהכתפיים לא מחזיקות את הצוואר וכן סובלת מכאבי ראש. סובלת לעיתים מכאבים בלילה המעירים משינה. בכף יד שמאל סובלת מכאבים, מגבלה בתנועה, מתקשה בהרמת משאות ומאמצים, מתקשה בתפקודה בבית ובתפקודים אישיים שונים, סובלת מזרמים בכף יד שמאל ובלילה לעיתים מתעוררת בשל כך. בנוסף סובלת מצלקות באזור ברך ימין ושוק שמאל המפריעות לה אסתטית.

בבדיקה:

בבדיקת ע"ש צווארי - בהסתכלות על הצוואר, מנח תקין, ללא טורטיקוליס, רגישות והגבלה מזערית בתנועות לכל הכיוונים. רגישות במישוש זיזי עמו"ש צווארי לכל האורך, ספאזם שרירי ורגישות פאראורטבראלית לאורך ע"ש צווארי. רגישות ב"Trigger Point" פאראסקאפולארי דו-צדדי. בגפיים עליונות כוח גס, תחושה והחזרים שמורים.

Dr. Yehzekel Tytium
Orthopaedic Surgeon
L.N. 28558, S.L.N. 21322

ד"ר יחזקאל טיטיון
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ.ר. 28558, מ.ר.מ. 21322

גב' דמאי קרן - הערכת נכות - המשך.

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית טילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

5.2.18

לכבוד

מגדל חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אפעל 6, קרית אריה
פתח תקווה 49511

ח.נ. שלום רב,

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בפקס

הנדון: סוץ דמאיו, ת.ז. 066690090
תאונה מיום 27.9.17

1. מכתבי הרצ"ב מיום 7.11.17 טרם זכה למענה.
2. מחמת התאונה בה נפגעה מרשתי מצויה היא באי כושר לעבודה וזכאית, בין היתר, לתגמולי ביטוח בגין דא.
3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

65 YIGAL ALON ST (TOYOTA BUILDING A)
TEL AVIV, 67443 ISRAEL
Tel 03-6243338, Fax 077-3180983

רחוב יגאל אלון 65 (מגדל טויוטה A)
תל אביב 67443
טל' 03-6243338 פקס 077-3180983

7.11.17

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדואר



לכבוד
מגדל חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אפעל 6, קרית אריה
פתח תקווה 49511

ח.נ. שלום רב,

הנדון: קרון דמאיו, ת.ז. 066690090
תאונה מיום 27.9.17

הריני מתכבד לפנות בשם מרשתי שבנדון בעקבות תאונת דרכים בה נפגעה ביום 27.9.17:

1. ביום 27.9.17 נפגעה מרשתי בתאונת דרכים (להלן: "התאונה").
 2. ממקום התאונה הובהלה מרשתי באמבולנס לבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות בבית החזה, בזרוע ובכף יד שמאל ובגפיים התחתונות לרבות ברך ימין.
 3. בדיקת הדמיה אשר בוצעה למרשתי הדגימה שבר בשורש כף יד שמאל ולאחר ביצוע מספר בדיקות ואשפוז שוחררה מרשתי לביתה כשידה נתונה בסד גבס ומורמת, כשרגלה חבושה ומדממת בהמלצה למנוחה, המשך מעקב רפואי ונטילת משככי כאבים.
 4. על פי תנאי הפוליסה זכאית מרשתי, בין היתר, לפיצוי בגין אשפוז כתוצאה מתאונה, פיצוי בגין מצב סיעודי כתוצאה מתאונה, פיצוי בגין שברים עקב תאונה, אי כושר וכיו"ב.
 5. אודה עבור העברת התשלום לפקודת אריאל פרייברג, עו"ד.
 6. כן אודה להעברת העתקי הפוליסות במסגרתן מבוטחת מרשתי.
 7. למניעת ספיקות, אין באמור לעיל, בין שנכתב במפורש ובין שלא נזכר כלל, כדי למצות את כל טענות ותביעות מרשי, לרבות בגין העיכוב בטיפול בענייניו כפי שנגרם על-ידכם, והכל בהתאם להוראות הפוליסה והוראות כל דין.
- *רצ"ב תעודות רפואיות, יפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית חתומים על ידי מרשתי שבנדון.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד



Fax Send Confirmation

Page 1

Date/Time : 08-APR-2018 15:23 SUN
Model Name : SL-M4070FR
Machine Serial Number : ZDG9BJFF50001CD
Host Name : SEC30CDA726F8A4
Fax Name :
Fax Number :

No	Name/Number	StartTime	Time	Mode	Page	Result
109	9201020	08-04 15:21	01'36	G3	002/002	OK

ARIEL FREIBERG, L.L.B

אריאל פרייברג, עו"ד

7ABA WJ, LEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

5.2.18

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ למשרד בלבד
בפקס

לכבוד
מגדל חברת הביטוח בע"מ
מרחוב אפעל 6, קריית אריה
פתח תקווה 99511

ח.ג. שלום רב,

הנדון: קוד דמאני, ת.ז. 066690090
תאונה מיום 27.9.17

- מכתבי חרצ"ב מיום 7.11.17 טרם זכה למענה.
- מתמת התאונה בה נפגעה מרשתי מצויה היא באי כושר לעבודה וזכאיות, בין היתר, לתגמולי ביטוח בגין דא.
- אודה לעיוכם וטיפולכם המסור והמהיר.

בכבוד רב ובביטחון,
אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

2.4.19

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ
באמצעות פקס: 03-5637750

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ. שלום רב,

הנדון: קרן דמאיו, ת.ז. 066690090

תאונה מיום 27.9.17 תביעה מס': 14875726

בהמשך למכתבכם מיום 19.8.18 הריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מרשתי נבדקה ע"י ד"ר יחזקאל טיטיון, מומחה בכירורגיה אורתופדית.

2. ד"ר טיטיון קבע את נכותה הצמיתה של מרשתי כדלקמן:

א. בגין הפגיעה הצווארית הגורמת להגבלת תנועה מזערית – 5%.

ב. בגין הפגיעה בכף יד שמאל – 10%.

ג. בגין מכלול הצלקות הקיימות – 5%.

3. עוד קבע ד"ר טיטיון, כי מחמת התאונה ותוצאותיה שהתה מרשתי באי כושר מלא (100%) למשך 4.5 חודשים ולאחר מכן אי כושר חלקי (50%) למשך שלושה חודשים נוספים.

מצ"ב חוו"ד ד"ר טיטיון ותוצאות בדיקת MRI.

4. אודה לתשלום תגמולים ביטוח המגיעים למרשתי בגין נכותה הצמיתה מתאונה.

5. כן, על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה, אודה לעיונד וקבלת עמדתך העניינית לסילוק תביעת מרשתי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

ז' בין חשבוניות

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < סיום ③

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 23/09/2019 שעה: 10:42

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 3,817.00 ש"ח תבוצע ביום 23/09/2019

רייברג אריאל

הבינלאומי אוצר החייל סניף: 317 חשבון: 135082

ח: דמאיו פוליסה

נ לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה.

וץ ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה ר). בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 1.80 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בע ישראל בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.30 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - פון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

אחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך ה אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום.

זיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

הוראות

נשמח לשרתך בכל עת.

לחשבון אקראי

הזנת נתוני הוראה < אישור ההוראה < **3** סיום

3 מספר חשבון: 133470 תאריך: 23/09/2019 שעה: 10:43

ראת ההעברה נקלטה

הפעולה

זכום של 16,574.77 ש"ח לביצוע ביום 23/09/2019

דמאיו

הפעולים סניף: 603 חשבון: 52371

ת: מגדל נכות

וז ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה ר). בגין פעולה זו תחויב בעמלה בסך 1.80 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בע ישראל ביחדש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ-6.30 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - פון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

מסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך נתונים אלה אינם נבדקים ע"י הבנק. הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד היגרם עקב מסירת נתונים שגויים ו/או לא מדויקים. י למסור למוטב את פרטי בעל החשבון וכן, היה והמוטב יורה, בכל עת, להשיב אבון את הסכום שהועבר או חלקו - לזכות את החשבון בסכום שהוחזר.

תשלח לאחר ביצוע ההוראה. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

זראות

נשמח לשרתך בכל עת.

06 אוגוסט, 2019

לכבוד,

אריאל פרייברג, עו"ד

פקס מס : 077-3180983

א.ג.נ.

הנדון: זימון לבדיקה רפואית בעניין גב' קרן דמאיו ת.ז. 066690090

זימון מועד בדיקה רפואית ע"י מומחה אורתופד לקביעת אחוזי נכות מטעם חברת הביטוח מגדל

בדיקה רפואית ע"י ד"ר הלר אייל אורתופד מומחה

בתאריך: 14.08.2019 בשעה 20:00

בכתובת: עליית הנוער 42, נחלת יצחק, בניין אנגלו סכסון קומה א' ת"א

נא לאשר את מועד הבדיקה בטלפון: 03-6959242 שלוחה 142 או בפקס: 03-6959243

* נא להגיע לבדיקות עם תעודה מזוהה ומסמכים רפואיים עדכניים.

שלום רב,

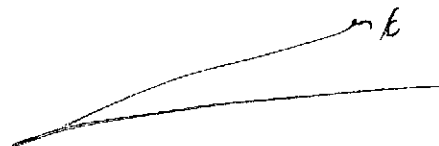
שלר

בברכה,

חילה חכמון

מתאמת שירות - ביטוחי חיים

לכבוד רב ודאגה,



TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 06/08/2019 11:44
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	06/08 11:44
FAX NO. /NAME	6959243
DURATION	00:00:20
PAGE(S)	01
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

6. Aug. 2019 8:54

No. 6180 P. 1

LMS Lotem
Medical
Services
לזמן שינויים רפואיים

06 אוגוסט, 2019

לכבוד,

אריאל פרייברג, עו"ד

פקס מס : 077-3180983

א.ג.ג

הנדון: זימון לבדיקת רפואית בעניין גב' קרן דמאני ת.ז. 066690090

זימון מועד בדיקה רפואית ע"י מומחה אורתופד לקביעת אחוזי נכות מטעם חברת הביטוח מגדל

בדיקה רפואית ע"י ד"ר הלר אייל אורתופד מומחה

בתאריך: 14.08.2019 בשעה 20:00

בכתובת : עליית הנוער 42, נחלת יצחק, בניין אנגלו סבסון קומה א' ת"א

נא לאשר את מועד הבדיקה בטלפון: 03-6959242 שלוחה 142 או בפקס: 03-6959243

* נא להגיע לבדיקות עם תעודת זהות ומסמכים רפואיים עדכניים.

21 באוגוסט, 2019

לכבוד

תביעות ביטוח חיים

מגדל – חברה לביטוח

א.ג.ג.,

הנדון: הערכה רפואית אורתופדית בעניין דמאיו קרן, מס' ת.ז. 066690090

הערכה זו, ניתנה לבקשת לומטם שירותים רפואיים בע"מ ומיועדת להגשה לחברת הביטוח. ומתבססת על עיון במסמכים הרפואיים שהוצגו בפניי ובדיקה שערכתי לנ"ל בתאריך 14.8.19 הנבדקת זוהתה באמצעות תעודת זהות

פרטי השכלתי וניסיוני:

2018 ואילך - חבר לשכת האתיקה של ההסתדרות הרפואית הישראלית.
 2017 ואילך - מ.מ. סגן מנהל מחלקה אורתופדית, מרכז רפואי רבין, קמפוס גולדה.
 2010 ואילך - רופא אחראי בכיר מחלקה אורתופדית, מרכז רפואי רבין, קמפוס גולדה.
 2009 ואילך - הדרכת רופאים מתמחים וסטודנטים לרפואה, בקורסי אורתופדיה, מרכז רפואי רבין.
 2009 ואילך - מרצה בקורס פתולוגיות שריר שלד, רפואה שנה שלישית, בית הספר לרפואה, מחלקה לפיזיולוגיה, אוניברסיטת ת"א.
 2009 ואילך - מנהל ומרצה בקורס הכנה לבחינות הסמכה של המועצה המדעית למתמחי החטיבות הכירורגיות של בתי החולים באזור המרכז.
 2007 ואילך - מרצה בקורס רישוי לרופאים חוזרים, מרכז רפואי רבין.

השכלה:

2010- קורס ניהול סיכונים, אחראי ניהול סיכונים, המחלקה האורתופדית.
 2010- התמחות על טפול ניתוחי, כף רגל וקרסול, בית חולים יוניון ממוריאל, בולטימור, ארה"ב.
 2003-2010 -התמחות בכירורגיה אורתופדית, מרכז רפואי וולפסון ומרכז רפואי רבין.
 2000-2003- יושב ראש ועדה רפואית ומפקד הוועדות הרפואיות פיקוד מרכז, צריפין, רופא יחידה 8200, קצין רפואה פעילה פיקודי, חיל המודיעין, גלילות.
 2000- שנת סטאז' במרכז הרפואי "אסף הרופא", צריפין מספר רישיון רופא 36093.
 1999- בוגר בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים

שם: דמאיו קרן ת.ז. : 066690090

המסמך מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

לומטם שירותים רפואיים
 עליית הנוער 42 תל אביב
 טל. 03-6959242 ; פקס. 03-6959243
 office@lotemmed.co.il

www.lotemmed.co.il



עמוד 1 מתוך 2

מספר זהות: 66690090
י"ג ניסן תש"פ
07 אפריל 2020לכבוד
קרן דמאיו

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי 1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 27/09/2017) קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 01/04/2020 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

התקופה	הנכות הרפואית
מ-28/12/2017 עד-15/02/2018	100.0 %
מ-16/02/2018 עד-30/04/2018	50.0 %
מ-01/05/2018 עד-31/07/2018	30.0 %
מ-01/08/2018 עד-31/07/2020	20.0 %

2. לנוחיותך מצורף העתק של פרוטוקול הוועדה הרפואית.
3. הטיפול בתביעתך הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה.
בסיום התהליך, ישלח אליך מכתב החלטה בנוגע לזכאותך.

לתשומת לבך בתום תקופת הנכות הזמנית, ישלח לך זימון לוועדה נוספת.
אם אינך מסוגלת לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או עסק, הינך רשאית להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקקת".
הכרה כ"נכה נזקקת", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים. את התביעה הינך מתבקשת להגיש תוך 15 יום מקבלת הודעה זו על טופס שניתן להשיג בסניף מגורריך או באתר האינטרנט.

לשירותך

בסניף ליד ביתך
סניף ראשי תל אביב, יצחק שדה
17
תל אביב יפו
פקס: 03-6250253



במוקד הטלפוני
6050* או 04-8812345
שעות מענה:
א-ה 8:00-17:00



באתר האינטרנט
www.btl.gov.il



זכותך
לערעור

זכותך להגיש ערר לוועדת עררים על אחוזי הנכות הרפואית. את הערר יש להגיש בטופס ב.ל. 247 לאחד מסניפי הביטוח הלאומי תוך 60 ימים ממכתב זה. ניתן להוריד את הטופס באתר האינטרנט או לבקש מהמוקד הטלפוני שיישלח אליך טופס בדואר.

בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,
מעין דרור
מזכירות ועדות רפואיות

העתק:
עו"ד אריאל פרייברג



המוסד לביטוח לאומי

נכות מעבודה
תאריך הפגיעה - 27/09/2017

עמוד 1 מתוך 1

דו"ח ועדה רפואית

קרבן דמאיו, מספר זהות 66690090

סניף המגורים סניף ראשי תל אביב	סניף הוועדה סניף ראשי תל אביב	מספר ועדה NV-4859-3000	תאריך הוועדה 01/04/2020
-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------	----------------------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
קרבן דמאיו	66690090	21/12/1984	נקבה	החותרים 3/3, תל אביב יפו 6772003
טלפון:	054-6776757			

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה 27/09/2017	תיאור הפגיעה מעמד תעסוקתי: עצמאי תיאור המקרה: חבלה תאונת דרכים בעבודה (79) מהות המקרה: חבלה בע"ש צווארי ומותני חבלה בשורש כף יד שמאל חבלת ברך ימין ירך שמאל ובחזה משמאל
----------------------------	---

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך 28/09/2017	עד תאריך 27/12/2017	פירוט 91 ימים
----------------------	------------------------	------------------

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

מתאריך 28/12/2017	עד תאריך 31/12/2017	פירוט תום תקופת אי הכושר-ס' 92
----------------------	------------------------	-----------------------------------

נוכחות בדיון

התובעת לא נכחה בדיון | דיון ללא נוכחות עקב משבר הקורונה בהסכמת התובע

משתתפי הוועדה

ד"ר מרינה בוקסר	נזירולוגיה
ד"ר נפתלי רובינשטיין	כירורגיה אורטופדית
ציון אמונה	מזכיר הישיבה

ממצאים

מסמכים

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח בדיקה

הוועדה עיינה במסמכים שהוצגו בן השאר חדר מיון בדיקות אורתופדיים בהמשך וכן בחוות דעתו של דר' טיטיון.
בחדר מיון אובחן שבר של עצם הסירה משמאל ללא תזוזה וזאת לאחר בדיקת CT, כעבור שלושה חודשים הוסר הגבס הופנתה לפיזיותרפיה של שורש כף היד והומלץ על סד לפי הרגשתה.
בחוות דעתו קבע דר' טיטיון אי כושר מלא ל 4.5 חודשים וכן 50 אחוז למשך 5 חודשים נוספים ונכות זמנית 30 אחוז ל 3 חודשים. לסיכום קבע דר' טיטיון נכות צמיתה 5 אחוז לצוואר, ו 10 אחוז לשורש כף יד שמאל, ו 5 אחוז בגין צלקות בברך.

מסקנות

הוועדה מקבלת את חוות דעתו של דר' טיטיון באשר לנכויות הזמניות.

אבחנות

אבחנות

אבחנה	אבחנה	תקופה	לשום
724.2 - כאב גב תחתון		27/09/2017	קיים קשר סיבתי
923.21 - חבלה בשורש כף היד		27/09/2017	קיים קשר סיבתי
שבר סגור בעצם הסירה (שורש כף היד) - 814.01		27/09/2017	קיים קשר סיבתי
Closed fracture of hamate (unciform) bone of wrist- 814.08		27/09/2017	קיים קשר סיבתי
723.1 - כאב בצוואר		27/09/2017	קיים קשר סיבתי

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות
מ: 28/12/2017 עד: 15/02/2018	כאב בצוואר שבר סגור בעצם הסירה (שורש כף היד) כאב גב תחתון Closed fracture of (hamate (unciform bone of wrist חבלה בשורש כף היד		100% זמני	
מ: 16/02/2018 עד: 30/04/2018	כאב בצוואר שבר סגור בעצם הסירה (שורש כף היד) כאב גב תחתון Closed fracture of (hamate (unciform bone of wrist חבלה בשורש כף היד		50% זמני	
מ: 01/05/2018 עד: 31/07/2018	כאב בצוואר שבר סגור בעצם הסירה (שורש כף היד) כאב גב תחתון Closed fracture of (hamate (unciform bone of wrist חבלה בשורש כף היד		30% זמני	
מ: 01/08/2018 עד: 31/07/2020	כאב בצוואר שבר סגור בעצם		20% זמני	



			הסירה (שורש כף היד) כאב גב תחתון Closed fracture of (hamate (unciform bone of wrist חבלה בשורש כף היד
--	--	--	---

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול למס הכנסה
28/12/2017	15/02/2018	זמני	100%	
16/02/2018	30/04/2018	זמני	50%	
01/05/2018	31/07/2018	זמני	30%	
01/08/2018	31/07/2020	זמני	20%	

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר מרינה בוקסר

אני מצהירה בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופאה המטפלת של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה התום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר מרינה בוקסר מ"ר 34567

רופאה מומחית בנוירולוגיה, מת"מ 22652

הצהרה של: ד"ר נפתלי רובינשטיין

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה התום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר נפתלי רובינשטיין מ"ר 15100

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 12699

הצהרה של מזכיר הוועדה: ציון אמונה

אני מצהיר בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצא בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ציון אמונה



נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)	12/02/2020
מד"א	27/09/2017
ביקור גלובלי במיון ER - global charge	27/09/2017
הפניה למרפאה	27/09/2017
בדיקת CT	27/09/2017
תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury	01/10/2017
אולטראסאונד (US) עם תמונות, שדיים ובית חזה Breast/Chest	03/10/2017
ב. רופא בקהילה - עור Dermatology	23/10/2017
תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation for work injury	03/12/2017
ב. רופא בב"ח - כף יד Hand surgery	17/12/2017
אישור מחלה	31/01/2018
ב. רופא בב"ח - כף יד Hand surgery	07/02/2018
תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation for work injury	13/02/2018
תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל 2203) Followup documentation for work injury	27/03/2018
בדיקת תעלה וע"ש צווארי MRI cervical spine	18/12/2018
חוות דעת פרטית - אורתופדיה	24/02/2019
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	31/12/2017
גליון התייעצות עם רופא המוסד	12/03/2018
ב. רופא בב"ח - אורתופדיה Orthopedic-hospital exam	04/12/2017
מד"א	12/02/2020

נספח 2

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

* מהו סעיף ליקוי?

בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.





גברת נכבדה,

הנדון: גמלה בעד תקופה שקדמה למועד הגשת התביעה - תאונה מ-27/09/2017

כפי שהובא לידיעתך, נקבעה לך דרגת נכות לתקופה מ-28/12/2017 עד 31/07/2020.

לפי סעיף 296 (ב) לחוק הביטוח הלאומי, ניתן לשלם גמלה עד 12 חודשים שקדמו למועד הגשת התביעה.

כיון שתביעתך הוגשה ב-30/01/2020, ניתן לשלם לך גמלה החל מ-01/01/2019. נגד החלטה זו אפשר לערער בפני בית הדין האזורי לעבודה שכתובתו:

רח' הרב יצחק ניסנבוים (בת ים) 7 בת ים, מיקוד: 59620, טלפון: 0772703333

יש להגיש את הערעור, בתוך 12 חודשים מיום קבלת מכתב זה.

לידיעתך, כל התכתבות או פנייה חוזרת לביטוח הלאומי, וכן פניה לסיוע המשפטי אין בהן כדי להאריך את המועד להגשת ערעור.

בכבוד רב,

בנימין כהן

פקיד תביעות נפגעי עבודה

מכתב זה הוא העתק ממכתב שנשלח ל- קרן דמאיו, מספר זהות 0-06669009.**הוא נשלח אליך כבא כוח בגין הפגיעה בעבודה מיום 27/09/2017.**

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

ת"א 17160 / ראשית דמי 7507191 ס"ל 08-9421800 מ"ס 03-9620209

תאריך: 26/01/2020

כתב קבלה ייחודי ושקטרי

אני ה"מ דמאי דן נושא ת.ג. מס. 66690090 שכתובתי הוא יגאל אלון 00000 120 תל אביב-יפו (להלן "התובע") מאשר/ת ומצהיר/ת בדקלמן: 27/09/2017 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים ב (להלן "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה גרמו לי לטענתי נזק גוף ישירים וגם נזק עליונים.

להיחל ובאתי לידו הסכם סופי וגמור עם המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") (להלן "המבטחים") יכן עם דמאי דן (להלן "המבטחים") לקבלת פיצויים כמפורט להלן וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעות ודרישותי מכל מין וסוג שהיו, בעבר, בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה.

לכן הנני מאשר/ת ומצהיר/ת בדקלמן:

1. הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבטחים המבטחים באמצעות פרייברג אריאל ע"ד הינו סך של 155,000.00 ₪ (מאה המישים וחמשים אלף ש"ח) (הכולל ש"ש ע"ד ומע"מ ותשלומי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו).

2. המורת הסכום קבלתי הנני מוותר/ת בזה לחלוטין ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהיו, שנגרמו גוף/נזק/נזק, הרכויות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהיו כיום וכפי שהיה בעתיד ועל פי חוקי עיתקן וגמ"א וזו במקום דין הקיים היום או שיחוק בעתיד.

3. שטר זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות המבטחים או המבטחים ואין בו הודאה כלשהי בזכויותי, אי כדי להפסיק את מרחי התביעות כתביעתי במובן סעיף 9 לחוק ההדדישנות הנ"ל באם לא יחתם על ידי לבסוף מסיבה כלשהי.

4. הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את המבטחים והמבטחים או מי מהם, בסכום שלא יעלה על הסכום המצויין בסעיף 1 דלעיל מיד עם הדרישתם הראשונית על כל דרישה נזק תביעה, שתישג נגדם או נזק כל אחד מהם לחיד בגין כל תביעה שיובש שתשולם על דם לאדם או לגוף שפיצו אותו על נזק עבודה קבלתי פיצוי מהמבטחים ואני מהמבטחים עקב התאונה הנ"ל, למשך הוצאות רפואיות המכוסות במסגרת חוק הבריאות המטלתי ובתנאי שפיצוי במסגרת הרפואה הציבורית.

5. מוצהר בזה כי הפיצויים כוללים גם פיצוי גמ כגון הוצאות רפואיות נדרשות שאינן נכסין לכן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ו-1994, ככל שאני זכאי לפיצוי כזה.

6. ידע לי כי אין זיק על סמך אישורי, הסכמתי והצהרתי דלעיל הסכמתי המבטחים והמבטחים לשלם לי את הסכום.

7. ידע לי שהביטוח באמצעות המבטחהו על פי דין ביטוח משיקף ימי המבטחות המשתתפות בביטוח זה מפורטות בהודעת ביטוח ("ההצהרה"). עוד ידע לי שחלקה באחריות של כל מבטחה המשתתפת בביטוח המשיקף הוא בהתאם לשיעור (באחוזים) המיוס בתעודה לצד שמה, ואין מבטחה משתתפת אחת אחראית בגין חלקה בתביעה של מבטחה משתתפת אחרת, לפיכך, מבטחה שתהיה להיות כת פירעון לפני תשלום הסכום הנקוב בסעיף 1 דלעיל, יגרע חלקה מהפיצוי שישולם לי על פי כתב זה.

8. הנני מצהיר כי, אינני מקבל ואינני עתיד לקבל פנסיה כלשהי מקרן פנסיה בגין התאונה.

9. במקרה שכתב זה יחתם על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.

10. הנני מתחייב/ת לשלם את תביעתי בע"מ שלום - החובות ת.א. 332910919.

11.

א דרתי מצהיר כי לא עמדתי בפני ניהול רפואתי של הכל"ל ולא נמנעה לי כל ענייה בנוגע לנכות בגין תאונת הרכב.

לראיה באתי על החתום:

היום 27 בחודש 01 שנת 2020 חתמה דן נושא ת.ג. מס. 66690090 (שם וכתובת מלאים) 7/11/2020

אני החתום מטה דן נושא ת.ג. מס. 66690090 ע"ד. מאשר בזה כי הכתב דלעיל חתם בתאריך המופיע לעיל ע"ד האדם ששמו מופיע לעיל מרצוני הטוב והודיפתי ואשר הודעה בפני לחתום דעתי ילאחר טקראתי והסברתי לו הסבר הטוב את הכני ואת התוצאות הנובעות מכני.

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

רח' אב"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 פל': 03-9424300 פקס: 03-9620909

ולאחר שהתייעצו עמי בכל הנוגע לפרטי הכתב הנ"ל

~~חתימה~~ ~~עמית אריאל פרידמן~~
ע"ד

27.1.20

תאריך:

מס. התביעה: 2019000005183 מס. פוליסה 761500339316 על שם: דמאיו קרו.

157 INT 16 480
157

לכבוד:
אריאל פרייברג בנאמנות על קרן דמאיו
דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204

351 צוות
1 1
51 12412
**



לכבוד אריאל פרייברג בנאמנות על קרן דמאיו

חשבון שיקים מסוג: עוש פרטי

להלן פרוט חשבונך בשקלים
חשבון מספר 16112/12

להלן פרוט חשבונו בשקלים
חשבון מספר 16112/12
תאריך 12/08/2020

תאריך ערך
מקור

לכבוד אריאל פרייברג בנאמנות על קרן דמאיו

חשבון שיקים מסוג: עו"ש פרטי

להלן פרוט חשבונו בשקלים

חשבון מספר 16112/12

תאריך 12/08/2020

אסמכתא זכות

חובה

יתרה

מקור	תאריך ערך	הפקדת שיק פ	9080	155,000.00	מס. לקוח
3/08	הע/הפ לבנק פ	8047	21,118.00	155,000.00	תאריך
7/08	הע/הפ לבנק פ	8048	133,882.00	0.00	דף מספר
				0.00	מס. זיה"ב (IBAN) 1611 212 0000 5700 0131 IL

ה' = יתרת חובה

שיק -

לקוח נכבד, הרינו להודיעך כי חשבונך זה נסגר על ידינו.

אם במשך 90 יום לא
תתקבלנה הערות בכתב
לחשבון זה, יחשב הדבר
כהודאה בנכונותו. ט.ל.ח.

1 - פעולות בערוץ ישיר (במסגרת אשכול "פעולות בערוץ ישיר" בתעריפון העמלות, לפעולות שבוצעו החל מתאריך 1.7.08)

פ - פעולות על ידי פקיד (במסגרת אשכול "פעולות על ידי פקיד" בתעריפון העמלות, לפעולות שבוצעו החל מתאריך 1.7.08)

14-157/0 יום עסקים: 03/08/20 מ: 231.54
ס"פ: 040 ד מועד ביצוע הפעולה: 03/08/20 12:52:26 שם עובד: רוזנברג נדב
מס. מזהה: 009080 שוטף: 00143 פרטי מבצע: פרייברג
066630930. מ.ז. אריאל

בנק אגוד

מערכת O/L
"פעולות אשנב-כל"

סניף	מס' סניף	תאריך	זכות
כיכר המדינה	157	03/08/20	
שם הלקוח			
אריאל פרייבר			
מען			
דרך אבא הלל 7 רמת גן			

ס.פ.	סניף	סוג חשבון	מס' חשבון
040	157	חש"ק	16112/12

מס' פעולה	שם פעולה
09080	הפקדת שיקים אלקטרונית

סכום	ש"ח
155,000.00	

שורה	מס' חשבון	מס' סניף	בנק	מס' שיק	סכום
1	2878676	063	13	5493938	155,000.00

הגנו מוסרים לכם בזה את השיקים דלקמן, כשהם חתומים על ידינו בחתימת היסב, שתמורתם נא לזקוף לזכות חשבוננו אצלכם. רשמנו לפנינו כי זיכוי החשבון הינו ארעי ולא נהיה רשאים למשוך על חשבון תמורת השיקים לפני גבייתם וכי אם לא תוכלו לחייב את חשבון המושד/ים בגין השיק/ים המשוך/ים עליכם או אם יוחזרו/ו לכם שיק/ים משוך/ים על בנקים אחרים או סניפים שלכם - תחייבו את חשבוננו חזרה בגין השיק/ים הנ"ל ובמקרה של אבדן השיק/ים יבוטל הזיכוי בגינכם. תהיו רשאים לשלוח את השיקים לגביה בכל דרך שתמצאו לנכון. אתם תהיו פטורים מכל החובות של אותו בשיקים. לא תחול עליכם אחריות כלשהי במקרה של גניבת השיקים או אבדנם, למעט גניבה או אבדן שנגרמו כתוצאה מרשלנותכם.

פרטים נוספים

עלות השירות בש"ח

עמלה ! הערות ! סה"כ עמלה ! מועד חיוב !
פ.דלפק:הפקדת שיק ! 5.90 ! בתחילת !
(לכל 20 שיקים) ! ! ! !

כיום, קיימת בחשבון זכאות לבצע 4 "פעולות ע"י פקיד" בחודש, במחיר "פעולה בערוץ ישיר".

חתימתנו על כתב זה מהווה גם אישור מצידנו על קבלת העתק כתב זה.

חתימת הלקוח X

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN
Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

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

22.12.20

שלח לידי

מ.ל.ב.
- בפקס -

5.1 - מאר זיסמן

לכבוד
ועדה רפואית לעררים
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נכות מעבודה
באמצעות פקס: 03-6250253

א.ג.נ.,

הנדון: ערר על החלטת ועדה רפואית
בעניין קרן דמאיו, ת.ז. 066690090

מוגש בזאת ערר על החלטת הועדה הרפואית מדרג I, ואלו נימוקיו:

1. הועדה הנכבדה קמא שגתה מספר שגיאות מהותיות היורדות לשורשו של עניין. והכל כפי שיפורט להלן.

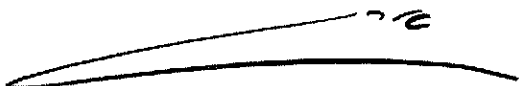
2. אין מחלוקת שהמדובר הוא בתאונה קשה, תאונה קשה המערבת את הגפיים העליונות והתחתונות, הצוואר והגב.

3. מנגנון התאונה בהיותה של המערערת רוכבת קטנוע מתיישב לחלוטין עם פגיעותיה והחלטת הועדה הנכבדה שלא לקשור קשר סיבתי בין חלק מפגיעותיה לתאונה הינה שרירותית ומקפחת אותה באופן בוטה.

4. בפני הועדה הנכבדה עמדה חוות דעתו של ד"ר טיטיון, מומחה בכירורגיה אורתופדית. החלטת הועדה הנכבדה קמא שלא לקבל את ממצאיו של ד"ר טיטיון שגויה והמערערת מבקשת מהועדה הנכבדה את התערבותה ההכרחית במקרה דנן.

5. שגתה הועדה הנכבדה בכך שלא פסקה למערערת נכות בגין הקשיון בשורש כף היד. המדובר הוא בסעיף ליקוי ספציפי אשר הולם את פגיעתה ומגבלותיה של המערערת.

6. מכל מקום, ההגבלה ממנה סובלת המערערת משפיעה על כושר תפקודה ברמה בינונית (להבדיל מקלה) והגבלה זו לא מצאה ביטוי בהחלטת הוועדה הנכבדה ויש בשגיאה זו כדי לקפח את המערערת באופן משמעותי.
7. המערערת סובלת מכאבים והגבלה בתנועות שורש כף היד, דבר המהווה הגבלה משמעותית וניכרת על תפקודה היום יומי. החלטת הוועדה הנכבדה קמא לא משקפת את חומרת מצבה ונכותה בגין הפגיעה בשורש כף ידה הייתה צריכה להיקבע בשיעור גבוה מזה שנקבע.
8. שגתה הוועדה הנעבדה בכך שלא קשרה בין הכאבים וההגבלה בתנועות הצוואר ועמ"ש המותני לבין התאונה. עובר לתאונה לא סבלה המערערת ממגבלות אלה ואלה מקורן בתאונה והיה על הוועדה הנכבדה לפסוק נכות בגין מגבלות אלה.
9. בעטייה של התאונה הקשה נגרמו למערערת צלקות מכערות ונרחבות במספר חלקי גופה. בגין צלקות אלה ניתן וצריך היה לפסוק נכותה גבוהה ומשמעותית יותר.
10. בנסיבות אלה, מתבקשת הוועדה הנכבדה לקבל את הערר ולקבוע למערערת נכויות זמניות גבוהות יותר ונכות צמיתה גבוהה באופן משמעותי שיש בה כדי לשקף את פגיעתה הקשה
11. ערעור זה מוגש במתכונתו הנוכחית על מנת לעמוד בזמנים. נימוקים נוספים יצורפו במועד הדיון בוועדה הרפואית.
12. אבקשכם להודיעני מועד לדיון בערר.



אריאל פרייברג, עו"ד



המוסד לביטוח לאומי

ועדות אשכול
נפגעי עבודה

עמוד 1 מתוך 1

מספר זהות: 66690090
י"ב אלול תש"פ
01 ספטמבר 2020

לכבוד
קרן דמאיו

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי

במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 27/09/2017), הוועדה הרפואית המסכמת בה השתתפת מיום 26/08/2020, לא קבעה את דרגת נכותך והחליטה לקיים דיון נוסף.

הסיבה: נדרשת חוות דעת נוספת.

לתשומת
לבך

הודעה על מועד הוועדה ישלח בנפרד.

בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,

מעין דרור

מזכירות ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג

522-130197 (045923) 1/4 D0 Pb6b86a49cdha J94062410/62409 Oniay

ת.ר. 02.09.2020

לשירותך

בסניף ליד ביתך

סניף ראשי תל אביב, יצחק שדה



במוקד הטלפוני

04-8812345 או *6050



באתר האינטרנט

www.btl.gov.il





עמוד 1 מתוך 1

מספר זהות: 66690090
ח' חשון תשפ"א
26 אוקטובר 2020

לכבוד
קרן דמאיו

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 27/09/2017) קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 21/10/2020 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

התקופה	הנכות הרפואית
מ-01/08/2020 ואילך (נכות קבועה)	9.75 %

2. הטיפול בתביעתך הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה. בסיום התהליך, ישלח אליך מכתב החלטה בנוגע לזכאותך.

כללי

הזכות
לערעור

זכותך וזכות המוסד להגיש ערר לוועדת עררים על אחוזי הנכות הרפואית. את הערר יש להגיש בטופס ב.ל. 247 לאחד מסניפי הביטוח הלאומי תוך 60 ימים ממועד זה. ניתן להוריד את הטופס באתר האינטרנט או לבקש מהמוקד הטלפוני שיישלח אליך טופס בדואר. לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.

בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,
סמדר ביצ'ר
מזכירות ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג

לשירותך

בסניף ליד ביתך

סניף ראשי תל אביב, יצחק שדה 17
תל אביב יפו
פקס: 03-6250253



במוקד הטלפוני

6050* או 04-8812345
שעות מענה:
א-ה 8:00-17:00



באתר האינטרנט
www.btl.gov.il



קרן דמאיו, מספר זהות 66690090

סניף המגורים סניף ראשי תל אביב	סניף הוועדה סניף ראשי תל אביב	מספר ועדה NV-7132-3000	תאריך הוועדה 21/10/2020
--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------	----------------------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
קרן דמאיו	66690090	21/12/1984	נקבה	החותרים 3/3, תל אביב יפו 6772003
טלפון:	054-6776757			

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה 27/09/2017

תיאור הפגיעה

מעמד תעסוקתי: עצמאי עורכת דין

תיאור המקרה: חבלה תאונת דרכים בעבודה (79)

מהות המקרה: חבלה בע"ש צווארי ומותני חבלה בשורש כף יד שמאל חבלת ברך ימין ירך שמאל ובחזה משמאל

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה		
פירוט	עד תאריך	מתאריך
91 ימים	27/12/2017	28/09/2017

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה		
מתאריך	עד תאריך	פירוט
28/12/2017	31/12/2017	תום תקופת אי הכושר-92'0

החלטה אחרונה מתאריך 01/04/2020

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
100.0%	28/12/2017	15/02/2018
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
50.0%	16/02/2018	30/04/2018
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
30.0%	01/05/2018	31/07/2018
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
20.0%	01/08/2018	31/07/2020

נוכחות בדיון

התובעת לא נכחה בדיון | לא הופיע – כי לא נדרש

משתתפי הוועדה

ד"ר רונן לויטה	ניירולוגיה
ד"ר נפתלי רובינשטיין	כירורגיה אורטופדית
אתי ברזני	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פרטי הליקויים והחתימה הועתקו מדיון קודם

לפי עו"ד מבקשים להתייחס לחוות דעתו של דר טיטיון, הפגיעות מתייחסות לשורש כף יד שמאל, חולשה, כאבים ונימול. רצו לנתח אותה והיא הצליחה להימנע מזה אבל עדיין סובלת, נוטלת משככי כאבים. כאבים והגבלה בעמש צווארי וצלעות ממושטת במספר חלקי גוף. נשאלו באם יש צורך בבדיקה ניירולוגית ומעדיפים שכן.

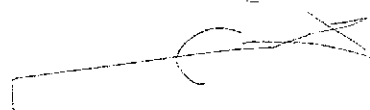
לקוח

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: | במקצוע: עורכת דין
קיימת ירידה בהכנסה, לא עבדתי 8 חודשים**הצהרה**

חתימת ה לקוח על הפרוטוקול נעשתה במהלך הדיון שבוצע בתאריך 26/08/2020

חתימה:



ממצאים

חשבוניות

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בבדיקה מירולוגית בארבעת הגפיים כח גס טונוס החזרים, ותחושת מגע תקינים. לסג הפוך שלילי דו"צ.
עומדת על בהונות ועקבים. מציין ד"ר טיטיון בחוות דעתו שבגפיים עליונות כח גס תחושה והחזרים
שמורים.

בבדיקה אורטופדית: צוואר: ללא עיוות ללא נפיחות ללא ספאזם שרירי, טווח תנועות מלא. ללא דלדול שרירי שכמות, כתפיים ושתי גפיים עליונות.
גב תחתון: ללא עיוות או נפיחות, טווח תנועות מלא כולל כיפוף לפני. מצביע על כאב על פני האגן מאחור לכל רוחבו. שורש כף יד שמאל: טווח תנועות מלא, סימטרי ליד ימין, כאשר קיימת הגבלה בשתי הידיים של הטייה רדיאלית 5 מעלות דו"צ.
לעניין צלקות מופנה לחוות דעת כירורג.

תגובה

מבחינה בירורלוגית המצב סופי. אין עדות למגבלה תפקודית קבועה, המקנה אחוזי נכות בגין האירוע הנדון. מבחינה אורטופדית המצב סופי, נכותה 5% בגין הפגיעה בעצם הסירה ללא הגבלה בתנועה. על פי סעיף 135 א-ב. הוועדה עיינה בהערכת נכות של ד"ר טיטלון ואינה מקבלת את קביעותיו לנכות של התובעת עקב פער בממצאי הבדיקה בוועדה.

מופנית לחוות דעת כירורג לענין הצלקות.

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר	תקופה	דגשים
724.2 - כאב גב תחתון		27/09/2017	קיים קשר סיבתי
923.21 - חבלה בשורש כף היד		27/09/2017	קיים קשר סיבתי
שבר סגור בעצם הסירה (שורש כף היד) - 814.01		27/09/2017	קיים קשר סיבתי
Closed fracture of hamate (unciform) bone of wrist - 814.08		27/09/2017	קיים קשר סיבתי
723.1 - כאב בצוואר		27/09/2017	קיים קשר סיבתי
709.2 - צלקת בעור		27/09/2017	קשר סיבתי לפגימה שהוכרה

תקנה 15

הוועדה החליטה שאין להגדיל את אחוזי הנכות על פי תקנה 15
אין מביעה לחזרה לעיסוקו

החלטה

חוות דעת רופאים מומחים

רופא: ד"ר איתן איש טוב, התמחות: כירורגיה כללית
תאריך חוות הדעת: 21/09/2020

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות	התייחסות הוועדה לחוות מקבל
מיום: 01/08/2020	צלקת בעור	75(1)(א) - צלקות בגוף שאינן מפריעות, אינן מכערות ואינן גורמות להתרופפות קיר הבטן	5% צמית	- סעיף מותאם, נימוק: 75(1)א-ב	

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 01/08/2020	כאב גב תחתון	אין נכות	אין נכות	
מ: 01/08/2020	חבלה בשורש כף היד	אין נכות	אין נכות	
מ: 01/08/2020	שבר סגור בעצם הסירה (שורש כף היד)	35(1)(א) ארטריטיס רבמטואידית או ניונית, אין השפעה על כושר הפעולה הכללי ואין הגבלה בתנועות 5%	5% צמית	- סעיף מותאם, נימוק: מותאם - איבר: גף עליון - צד: שמאל
מ: 01/08/2020	Closed fracture of (hamate (unciform bone of wrist	אין נכות	אין נכות	
מ: 01/08/2020	כאב בצוואר	אין נכות	אין נכות	
מ: 01/08/2020	צלקת בעור	75(1)(א) צלקות בגוף שאינן מפריעות, אינן מכערות ואינן גורמות להתרופפות קיר הבטן 5%	5% צמית	- סעיף מותאם, נימוק: 75(1)א-ב

שקלול הנכות הרפואית				
מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול למס הכנסה
01/08/2020		צמית	9.75%	

מ- 01/08/2020 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 9.75%

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר רונן לויטה

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - אני הרופא המטפל של התובעת
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר רונן לויטה מ"ר 25142

רופא מומחה בנירולוגיה, מת"מ 21864

הצהרה של: ד"ר נפתלי רובינשטיין

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - אני הרופא המטפל של התובעת
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר נפתלי רובינשטיין מ"ר 15100

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 12699

הצהרה של מזכיר הוועדה: אתי ברזני

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: אתי ברזני

נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
ב. רופא בבי"ח - כף יד Hand surgery	07/02/2018
בדיקת תעלה וע"ש צווארי MRI cervical spine	18/12/2018
חוות דעת פרטית - אורטופדיה	24/02/2019
מד"א	12/02/2020
פרוטוקול נפגעי עבודה	26/08/2020
פרוטוקול נפגעי עבודה	21/09/2020

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- מהו אחוז נכות מותאם?
מצב שבו נקבע לך ליקוי שמופיע ברשימת הליקויים הרפואיים, אך הרופא מחליט לקבוע לך אחוז נכות אחר - "מותאם".
- איך מתבצע חישוב משוקלל?
כשיש כמה סעיפי ליקוי, מחושבת הנכות לצמיתות בשיטה של חישוב משוקלל ולא בשיטה של חשבון פשוט.

חישוב משוקלל במקרה שלך - :

5.0%	הליקוי הראשון של 5.0% מחושב מ 100 % $100.0\% * 5.0\% = 5.0\%$
4.75%	הליקוי הבא אינו מחושב מ- 100% אלא מתוך- 100% פחות סך הליקויים הקודמים ולכן הליקוי של 5.0% מחושב מ- 95.0% $95.0\% * 5.0\% = 4.75\%$
9.75%	סך הכל נכות קבועה לפי חישוב משוקלל

- מהי תקנה 15?
הגדלת דרגת נכות לנפגע שאינו מסוגל לחזור לעבודה.
כאשר נקבעת דרגת נכות לצמיתות, בודקת הוועדה אם הנכות שנגרמה מהפגיעה בעבודה משפיעה על היכולת של הנפגע לחזור לעבודה שעבד בה לפני הפגיעה ואם הנכות גרמה לירידה משמעותית וקבועה בהכנסותיו.
במקרים אלה, הוועדה יכולה להגדיל את דרגת הנכות לצמיתות עד למחצית דרגת הנכות שנקבעה. ההחלטה על הגדלת דרגת הנכות על פי תקנה 15 היא בסמכות הוועדה הרפואית. במקרים מסוימים הוועדה מתייעצת בוועדת רשות המורכבת מפקיד תביעות, עובד שיקום ורופא. בדרגת נכות המזכה במענק, תוגדל דרגת הנכות מכוח תקנה 15, עד 19% בלבד. בדרגת נכות המזכה בקצבה, תוגדל דרגת הנכות עד למקסימום 100%.

ARIEL FREIBERG, ADV

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

אריאל פרייברג, עו"ד

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב

30.1.20

שלם דואר + פקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב יצחק שדה 17
תל אביב 6777517
באמצעות פקס: 03-6250222

א.ג.ג.,

הנדון: קרן דמאיו, ת.ז. 066690090
תאונה מיום 27.9.17

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
2. אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור בזימון מרשתי לועדה רפואית.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

06690090

נא למלא מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

לשימוש	
פנ"מ	בלבד
(סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג	דפים
המסמך	

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם משפחה

דגל

שם פרטי

קרי

מספר זהות

ס"ב

06690090

תאריך לידה

21/12/1984

שנה חודש יום

מין

☐ זכר

עיסוק

☐ שכיר

☒ מתנדב

☒ נקבה

נכות (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר

החור 10

מס' בית

3

כניסה

דירה

ת"א

יישוב

אלרד

מיקוד

67720

דואר אלקטרוני:

@

טלפון נייד

0546776757

טלפון קווי

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

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

27/09/2017

פרטים על הפגיעה

כרית נגד קטנוע

ה"ת שחרית

ונחלת

3

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

טלפון

רחוב/תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה:

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

מקום השירות

צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐

שב"ס ☐ משא"ז ☐

משטרה ☐ אחר ☐

רחוב/תא ☐ מס' בית ☐ יישוב ☐ מיקוד ☐

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה

☐ כן ☐ לא

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

4

פרטי הטיפול רפואי

האם דקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט _____

שם בית החולים _____

תקופת אשפוז _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?

☐ לא ☒ כן, פרט _____

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מובטח בקופ"ח _____

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר _____	רפואת פנים	רפואת פנים
ד"ר _____	רפואת פנים	רפואת פנים
ד"ר _____	רפואת פנים	רפואת פנים

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אותה תובע גמלה

המסמך או התייעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת _____

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל _____

כאבים _____

קשיים _____

קשיים _____

קשיים _____

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?

☐ לא ☐ כן, פרט: _____

066690090

נא למלא מספר תעודת זהות

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה 67 אני מתקשר כד' צמ

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☒ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

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

טלפון

03-7472358

כתובת

אילן הדר, רמת גן

שם גורם מייצג או מסייע

אילן הדר

30.10.12

תאריך תחילת התקשורת:

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון 52371	מס' סניף 603	שם הסניף / כתובת א. גאריה	שם הבנק בנק לאומי
----------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

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

שם _____ מתחייב להשתמש
אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ מקבל הגמלה.

בכספי הגמלה שיופקד בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיזי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיזי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוצ 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.

תאריך 30.1.20 חתימת מקבל הגמלה *
חתימת השותפים לחשבון * _____

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

חתימת התובע *

30.1.20

תאריך

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה: 11

מספר זהות/דרכון: 066690090

תאריך הפגיעה: שנה 2017, חודש 09, יום 27

שם פרטי: דרור

שם משפחה: דרור

חבר בקופת חולים

כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר ☐

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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: 30.1.20 חתימת המבוטח: *



דו"ח ועדה רפואית לתום זמניות

קרן דמאיו, מספר זהות 66690090

סניף המגורים סניף ראשי תל אביב	סניף הוועדה סניף ראשי תל אביב	מספר ועדה NV-6203-3000	תאריך הוועדה 26/08/2020
-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------	----------------------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
קרן דמאיו	66690090	21/12/1984	נקבה	החותרים 3/3, תל אביב יפו 6772003
טלפון:				
054-6776757				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה 27/09/2017	תיאור הפגיעה מעמד תעסוקתי: עצמאי עורכת דין תיאור המקרה: חבלה תאונת דרכים בעבודה (79) מהות המקרה: חבלה בע"ש צווארי ומותני חבלה בשורש כף יד שמאל חבלת ברך ימין ירך שמאל ובחזה משמאל.
----------------------------	--

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
28/09/2017	27/12/2017	91 ימים

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
28/12/2017	31/12/2017	תום תקופת אי הכושר-ס' 92

החלטה אחרונה מתאריך 01/04/2020

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
100.0%	28/12/2017	15/02/2018
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
50.0%	16/02/2018	30/04/2018
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
30.0%	01/05/2018	31/07/2018
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
20.0%	01/08/2018	31/07/2020



מוכחות בדיון

התובעת נכחה בדיון | זהותה ופרטיה אומתו לפי תעודת זהות

משתתפי הוועדה

ד"ר רונן לויטה
ד"ר נפתלי רובינשטיין
איריס אבי
מירלוגיה
כירורגיה אורטופדית
מזכיר הישיבה

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע

לפי עו"ד מבקשים להתייחס לחוות דעתו של דר טיטיון, הפגיעות מתייחסות לשורש כף יד שמאל, חולשה, כאבים ונימול. רצו לנתח אותה והיא הצליחה להימנע מזה אבל עדיין סובלת, נוטלת משככי כאבים. כאבים והגבלה בעמש צווארי וצלקות ממושטת במספר חלקי גוף. נשאלו באם יש צורך בבדיקה מירלוגית ומעדיפים שכן.

לקוח

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

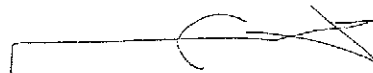
חזר לעבודה בתאריך: | במקצוע: עורכת דין
קיימת ירידה בהכנסה, לא עבדתי 8 חודשים

הצהרה

הצהרה של קרבן דמאיו

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר רונן לויטה, ד"ר נפתלי רובינשטיין, איריס אבי
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:



ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בבדיקה נירולוגית בארבעת הגפיים כח גס טונס החזרים, ותחושת מגע תקינים. לסג הפוך שלילי דו"צ. עומדת על בהונות ועקבים. מציין ד"ר טיטיון בחוות דעתו שבגפיים עליונות כח גס תחושה והחזרים שמורים.

בבדיקה אורטופדית: צוואר: ללא עיוות ללא נפיחות ללא ספאזם שרירי, טווח תנועות מלא. ללא דלדול שרירי שכמות, כתפיים ושתי גפיים עליונות.

גב תחתון: ללא עיוות או נפיחות, טווח תנועות מלא כולל כיפוף לפני. מצביע על כאב על פני האגן מאחור לכל רוחבו. שורש כף יד שמאל: טווח תנועות מלא, סימטרי ליד ימין, כאשר קיימת הגבלה בשתי הידיים של הטייה רדיאלית 5 מעלות דו"צ. לעניין צלקות מופנה לחוות דעת כירורג.

מסקנות

מבחינה נירולוגית המצב סופי. אין עדות למגבלה תפקודית קבועה, המקנה אחוזי נכות בגין האירוע הנדון. מבחינה אורטופדית המצב סופי, נכותה 5% בגין הפגיעה בעצם הסירה ללא הגבלה בתנועה. על פי סעיף 135 א-ב. הוועדה עיינה בהערכת נכות של ד"ר טיטיון ואינה מקבלת את קביעותיו לנכות של התובעת עקב פער בממצאי הבדיקה בועדה. מופנית לחוות דעת כירורג לענין הצלקות.



החלטה

הדיון נעצר עקב חסרה התמחות: כירורגיה כללית.

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר רונן לויטה

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - איני הרופא המטפל של התובעת
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר רונן לויטה מ"ר 25142

רופא מומחה בנוירולוגיה, מת"מ 21864

הצהרה של: ד"ר נפתלי רובינשטין

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - איני הרופא המטפל של התובעת
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר נפתלי רובינשטין מ"ר 15100

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 12699

הצהרה של מזכיר הוועדה: איריס אבי

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: איריס אבי



נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
ב. רופא בבי"ח - כף יד Hand surgery	07/02/2018
בדיקת תעלה וע"ש צווארי MRI cervical spine	18/12/2018
חוות דעת פרטית - אורטופדיה	24/02/2019
מד"א	12/02/2020

2



מרחב דן 1327

דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 27/09/2017
ארוע: 2021

מספר טופס: 11632857

פרטים אישיים של המטופל

ת.ז: 66690090
שם משפחה: דמאי
שם פרטי: קרן
מין: נקבה
תאריך לידה: 21/12/1984
גיל: 32.1
כתובת: תל אביב - יפו, החותרים 3
מקור זיהוי: זיהוי עצמי
קופת חולים: מכבי
נייד: 0546776757
כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: תל אביב יפו, דיזנגוף 50

דמאי קרן
משה
מ.ז. 6669009-0
מיון כירורגי 27.09.17
מיון כירורגי
מקרה: 11514570
מרכז רפואי ת"א

תלונה עיקרית

תלונה: חבלה בגפיים

אנמנזה

בת 32 בריאה בדרך כלל, בהגיענו שכובה על הכביש בהכרה מלאה. מתלוננת על כאבים בברכיים בפרק כף יד ימין ובשד הימני ללא תלונות נוספות. לדבריה בעת נסיעה על האופנוע נכנסה בה מונחית וכתוצאה מכך היא נפלה ונחבלה. בבדיקה: מדדים שמורים כמפורט, נימחה, שוללת סיפור של אובדן הכרה או זיכרון. ללא סימני מצוקה נשימתית הנראים לעין, ללא בחילות או הקאות, ללא חיוורון או הזעה, שוללת סחרחורות, שוללת חבלת ראש. נראת חבלה בברך ימין, ללא חבלות או דימומים נוספים הנראים לעין מפונה למיון איכילוב להמשך בירור וטיפול.

היסטוריה רפואית

מחלות עבר: לא ידוע
תרופות: ללא

רגישויות

מורפיום

טראומה

שוק ימין: חבלה בברך

פרטי תאונת דרכים

פרטי התאונה: רוכב אופנוע

נתוני בדיקות:

בדיקות	נתוני בדיקות
נתיב אוויר	נתיב אוויר
חנק	חנק
הקאות	הקאות
נשימות	נשימות
קצב נשימה	קצב נשימה
דופק	דופק
דופק לדקה	דופק לדקה
לחץ דם	לחץ דם
הכרה	הכרה
אישונים שונים	אישונים שונים
עור זריר	עור זריר
בדיקות נירולוגיות	בדיקות נירולוגיות
פנים	פנים
דיבור	דיבור

הערות

במהלך הפינוי לבית החולים לא נצפו שינויים חריגים במצב המטופל ובמדדים ללא בן משפחה מלווה
אין רשומה רפואית זמינה בידי המטופל

פרטים נוספים

סטטוס חולה/נפגע: קל
מצב בהגעה לאירוע: רציני
מצב במחילת הפינוי: משביע רצון
מצב הגעה לבית חולים: משביע רצון
המבקש: עובר אורח
המסייעים: כונן מד"א
מקום הנפגע: ברשות הרבים
קוד מבצע: 1327

מידע בסיום אירוע

יעד: בית חולים
שם בית החולים: איכילוב-תל-אב
נמסר ל: מל"ד כירורגי
עזרת רופא שניתנה: ללא
הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
לחץ דם: כן
דופק ספונטני: סדיר

זמנים

קבלה 16:25 : יציאה 16:25 : הגעה 16:33 : מפנה 16:41 :

אנשי צוות

4

שם הנהג : נטע דויטש חתימה :



מכתב שחרור רפואי

שם יחידה : מיון אורתופדי	מנהל מחלקה : פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחראית : ד"ר נאוה גרוס
טלפון : 03-6973232	פקס : 03-6973652	דוא"ל :

שם משפחה : דמאיו	שם פרטי : קרן	ת.ז. : 66690090
תאריך לידה : 21/12/1984	גיל : 32	טלפון : 03-5372354
מין : נקבה	גורם מממן : מכבי	כתובת : החותרים 3 תל אביב - יפו 67720

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 27/09/2017 16:55 מספר מקרה: 11514570

סיום טיפול במלר"ד : שחרור

תלונה עיקרית

תאונת אופנוע וחבלת שורש כף יד שמאל

אבחנות במיון

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING MOTORCYCLIST (E819.2)

מחלה נוכחית

בת 32, בריאה-בד"כ, אינה נוטלת תרופות

ביום קבלתה בעת שרכבה על אופנוע בכביש עירוני התנגשה בדלת האחורית של מכונית פרטית, החליקה ונפלה על הכביש. חבשה קסדה, ללא חבלת ראש או אובדן הכרה, זוכת את האירוע. נחבלה מהכידון בחלקן המדיאלי של שתי ידיים. כמו כן נחבלה בשורש כף יד שמאל ובברך שמאל.

בבדיקתה GCS 15, בהכרה מלאה, עירנית ומתקשרת, מניעה 4 גפיים, מתהלכת ללא קושי ראש - ללא סימני חבלה

צוואר - ללא רגישות במישוש, מניעה צווארה לצדדים בחופשיות
בית חזה - שפשוף קטן בחלקו המדיאלי של שד שמאל, נפיחות קלה ורגישות במישוש האצבע. ללא המטומה.

כניסת אוויר טובה דו"צ.

לב - קולות לב סדירים

בטן - ללא יסימני חבלה, ללא רגישות במישוש
יד שמאל - נפיחות קלה בשורש כף יד שמאל, רגישות במישוש הגבלה בהנעת כף היד. דופק נמוש, תחושה שמורה, מניעה אצבעות
ברך ימין - מס' שפשופים

תוכנית:

- קיבוע שורש כף יד שמאל

- צילום שורש כף יד שמאל, צילום ברך ימין, צילום חזה

- יעוץ אורתופד

רגישות לתרופות

שם התרופה תאריך רישום
MORPHINE INJ 100 mg /5mL 27/09/2017

מדדים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
------------	--------	------

שם: קרן דמאיו	ת"ז: 66690090	מקרה:	מחלקה: מיון אורתופדי	סודי רפואי
---------------	---------------	-------	----------------------	------------

17:11 27/09/2017	128 / 84	86
------------------	----------	----

מדדים סדציה			
תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
17:15 27/09/2017			96
17:11 27/09/2017	128 / 84	86	

מדדים			
תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
17:15 27/09/2017			96
17:11 27/09/2017	128 / 84	86	

ביצוע תרופות				
צורת מימן ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה	P.O
50 mg	28/09/2017 00:01	Bolus, Once	TRAMADOL FLASHTABS 50mg 50 mg	
75 mg	27/09/2017 20:20	Bolus, Once	VOLTAREN INJ 75 mg/3mL 75 mg	I.M
מרקו עדי מ.ר. 220293				

סיכום

ייעוץ אורטופדי - ת"ד כרוכבת אופנוע.
נחבלה בשורש כף יד שמאל ובברך ובנוסף שפשופים בברך ימין

בבדיקה: דריכה מלאה.
ברך ימין - שפשופים שטחיים לא לתפירה, ללא רגישות גרמית, FROM
יציבות קדמית-אחורית ווואלגוס-וארוס תקינה. שמורה NV

מרפק שמאל - ללא רגישות גרמית, FROM
שורש כף יד שמאל - רגישות במפרק וע"ג עצמות קרפליות שורה ראשונה. ללא רגישות ב-DRUJ ללא רגישות ברדיוס ואולנה.
ללא רגישות במטקרפליים. שמורה NV.

צילום שורש כף יד שמאל-חשד לשבר של הסקפואיד.
צילום ברך ימין- ללא עדות לממצא גרמי חריף

הוחלט על ביצוע CT במיון לשורש כף היד להמשך בירור ע"י אורטופדים.

לסיכום- חבלת גפיים ללא חבלת חזה, בטן או גו. ללא חבלת ראש. משוחררת ממיון כירורגי.

המלצות כלליות

המלצה:
-מעקב רופא מטפל
-מעקב אורטופד
-בכל החמרה ניכרת במצב יש לגשת לבדיקה רפואית
חופשת מחלה: 5 ימים.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונפלו

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
מירונב יוליה	אחות משחררת	28/09/2017 00:10

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דו"א אלון גלעד מ.ר. 136743	רופא/ה משחרר	27/09/2017 23:49

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

תאריך ושעת ההדפסה: 00:14 28/09/2017

חסוי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sorasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מובילה ואנושית

MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

בקשת יעוץ

שם יחידה: מיון אורתופדי	מנהל מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחראית: ד"ר נאוה גרוס
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: דמאין	שם פרטי: קרן	ת.ז.: 66690090
תאריך לידה: 21/12/1984	גיל: 32	טלפון: 03-5372354
מין: נקבה	גורם מממן: מכבי	כתובת: החותרים 3 תל אביב - יפו 67720

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 27/09/2017 16:55 מספר מקרה: 11514570

יעוצים

רופא מבקש: שרמן חגי
מועד הבקשה: 27/09/2017 17:10
מופנה אל מחלקה: מיון אורתופדי
הגדרת הבעיה: ת"ד אופנוע, חבלת ברך ימין ושורש כף יד שמאל
השאלה ליועץ: ?

נרשם ע"י דר' לבובסקי ארתור מ.ר. 137130. מ.ר. 137130
ת"ד כרוכת אופנוע.
נחבלה בשורש כף יד שמאל ובברך ובמסוף שפשופים בברך ימין

בבדיקה: דריכה מלאה.
ברך ימין - שפשופים שטחיים לא לתפירה, ללא רגישות גרמית, FROM
יציבות קדמית-אחורית וואלגוס-וארוס תקינה. שמורה NV

מרפק שמאל - ללא רגישות גרמית, FROM
שורש כף יד שמאל - רגישות במפרק וע"ג עצמות קרפוליות שורה ראשונה. ללא רגישות ב-
DRUJ ללא רגישות ברדיוס ואולנה.
ללא רגישות במטקרפליים. שמורה NV.

צילום שורש כף יד שמאל-חשד לשבר של הסקפואיד.
הוחלט על ביצוע CT במיון לשורש כף היד, עם הממצאים הבאים:

TD גבס.
שבר בחלקו האמצעי של עצם הסקפואיד ללא תזוזה משמעותית.
שבר ורטיקלי בחלקו הלטרלי-דורסלי של עצם ההמט.
פרגמנט עצם קורטיקלי זעיר בסמוך לחלקו הדורסלי של הרדיוס הדיסטלי.
רושם כי המרווח הסקפולונטי מעט מורחב.
בשחזור סגיטלי עצם הלונט נראה עם הטייה דורסלית.
אין לראות שברים ברדיוס או באולנה.
צילום ברך ימין- ללא עדות לממצא גרמי חריף
הוסברו האופציות הטיפוליות שמרנית מול ניתוחית, בשלב הזה אינה מעונינת בניתוח.

המלצות:

8

*נגד כאבים על פי הצורך
*יד מורמת, הפעלת מרפק ואצבעות
*ביקורת אורטופד בקופ"ח בעוד 10 ימים לצורך צילום ביקורת ובדיקה חוזרת
*בכל מקרה של החמרה בתלונות יש לשוב לבדיקת רופא
*חופשת מחלה 5 ימים.

חתימה: _____

9

MINISTRY OF HEALTH
TEL AVIV SOURASKY MEDICAL CENTER
 Affiliated to the Tel-Aviv University
 Sackler Faculty of Medicine
 Municipality of Tel-Aviv - Yaffo
 6 Weizmann St., Tel-Aviv 64239
 Tel: 972-3-6974444



רשות הבריאות
 מרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי
 מנהל הרפואה ע"ש סאקלר
 אוניברסיטת תל-אביב
 רמת תל-אביב-יפו
 ח' ויצמן 6, תל-אביב 64239
 ל: 03-6974444

סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת - יחידה
 טלפון: 03-6974642
 פקס: 03-6973133

ת.ז.: 0-6669009

מין: נ

גיל: 32 ש

שם: דמאיו קרן
 כתובת: החותרים 3 תל אביב - יפו 67720
 מקרה: 11514570
 גורם מפנה: ביקור רדיולוגיה
 יחידה ארגונית מזמינה: מיון כירורגי

בדיקות שבוצעו		
תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
27/09/2017	20:58	CT כף יד\אצבע\ות, ללא חומר ניגוד

תיאור הבדיקה והממצאים
 פרטים קליניים: חבלה

טכניקה: נעשתה סריקה של שרש כף היד השמאלית עם חתכים דקיסללא הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי. בוצעו שיחזורים קורונלים וסגייטלים.

ממצאים:

שד גבס. שבר בחלקה האמצעי של עצם הסקפואיד ללא תזוזה משמעותית. שבר ורטיקלי בחלקו הלטרלי-דורסלי של עצם ההמט. פרגמנט עצם קורטיקלי זעיר בסמוך לחלקו הדורסלי של הרדיוס הריסטלי. רוסם כי המרווח הסקפולונטי מעט מורחב. אין לראות שברים ברדיוס או באולנה.

דו"ח זה יכול לעיתים לכלול גם ממצאים פתולוגיים משמעותיים ואף מסכני חיים. לפיכך, חובה לפנות לרופא המטפל עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי על מנת לאפשר המשך ברור וטיפול. דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.מ	תאריך פענוח	שעת פענוח
ד"ר. מרקס שלי	1-122010		28/09/2017	01:59
ד"ר. דרוקמן עדו	1-29067		28/09/2017	01:59

תאריך הקלדה: 28/09/2017

דר' בין אברהם
מומחה כירורגיה אורתופדית
מס' רשיון: 18667
כתובת: גרינבוים 18, ראשון לציון
טלפון: 03-9661394

הסתדרות "מכבי" ישראל
מכבי שירותי בריאות
אגודה לעזרה רפואית
שרות רפואי מוסמך

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה דמאיו	שם פרטי קרן	שם האב משה	מס' זיהוי 66690090	שכיר/עצמאי עצמאי
ישוב תל אביב-יפו	רחוב החותרים	מס' 3	מיקוד 67720	שנת לידה 1984
שם המעביד וכתובתו	טלפון 0546776757	מקצוע עורכת דין	חבר (כל) כ	
ת. פגיעה 27/09/2017	שעה 16:25	התעסקות בשעת הפגיעה נהיגה בזמן העבודה	נמצא בטיפול מיום	
האיבר שנפגע רב מערכתית	שם הרופא המטפל			

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:
הנל עברה תאונת דרכים עם אופנוע בעבודה בתאריך 27.09.2017
ע

הממצא הקליני:
טופלה בבית חולים איכילוב היד הונחה בגבס

לנל שבר בעצם הנביקולאר וההמט שורש כף יד שמאל
נחבלה בברך ימין וירך שמאל ובשד שמאל
ובחזה כאבים בעש צוארי וגם בגב תחתון
הגבלה ב תנועה ללא חסר נאורולוגי

- אבחנה:
- FRACTURE HAMATE (UNCIFORM)
 - FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED
 - LOW BACK PAIN
 - ARTHRALGIA
 - CERVICALGIA

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

אי כושר מלא:
הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

ד"ר. בין אברהם
0546776757
טלפון

12

במשך: 60 ימים, היינו מיום: 27/09/2017 עד יום: 25/11/2017 (בכלל)

01/10/2017

חתימה וחתימת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

משרד הבריאות
מנהל מחלקת
הרפואה
למחלות
מאליה

אסותא השלום-המכון לבריאות השד טל. 037644444
יגאל אלון 96 תל אביב

בדיקה במכון בריאות השד

לכבוד דר אברהם ביין קופת חולים: מכבי
בתאריך 03/10/2017 בוצעו בדיקות שד (סוגר) במכוננו לגב דימאיו קרן מספר תעודת זהות: 066690090, (כתובת:
תל אביב-יפו, החותמים 3/3 טל': 03-5372354)

להלן התוצאות:

סוגר

שם	ימין
בדיקת US (סוגר):	בדיקת US (סוגר):
תבנית סונוגרפית תקינה.	תבנית סונוגרפית תקינה.
לא הודגם כל גוש סולידי או ציסטי.	לא הודגם כל גוש סולידי או ציסטי.
בית שחי תקין.	בית שחי תקין.
BIRADS :1 - בדיקה תקינה.	BIRADS :1 - בדיקה תקינה.

המלצות: מומלץ לחזור על בדיקת US בעוד 3 חודשים

בכבוד רב ,
ד"ר ויינשטיין יוליאנה
מ ר 19614

הוקלד על ידי: עמית דובניקוב
מסמך זה נחתם אלקטרונית

תלונות/סיבת הפניה: נגעים בת.ד לפני חודש: פגיעה ברך ימין ירך שמאל-צללקות.אמה שמאל-מגובסת

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

תאור העור:

ממצאים: מצב כללי טוב
4צללקות בברך ימין וסביבותיה מעט קלואידיות ללא זיהום מקומי
צללקת שטוחה בירך שמאל פנימית

• KELOID SCAR Bil ברך ימין, ירך שמאל

אבחנות:

גיל: 32.10

שם התרופה	כמות	הגשה	X	אופן לקיחה	Dy	QP	צד לטיפול	P	C	N	קוד	השתתפות	M	יח שימוש
DERMOVATE 0.05%X25GR		Ont.	1	למריחה	21	1		Y	N	N	648	15		
KELO-COTE 15G		Gel	1	למריחה	21	1		Y	N	N	2959			

ד"ר אבי יואכ (פרידמן)
מומחה בדפואת עור
מ.ז. 19899 כ.ז. 16686

14

דר' בין אברהם
מומחה כירורגיה אורתופדית
מס' רשיון: 18667
כתובת: גרינבוים 18, ראשון לציון
טלפון: 03-9661394

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
דמאיו	קרן	משה	66690090	לא
ישוב	רחוב	מיקוד	שנת לידה	טלפון
תל אביב-יפו	החותרים	6772003	1984	035372354
שם המעביד וכתובתו		טלפון		
		0546776757		

תוצאות הבדיקה:

ביקור חוזר מתאריך: 12/11/2017
ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2017
ביקור חוזר מתאריך: 01/10/2017
טופלה בבית חולים איכילוב היד הונחה בגבס

לנל שבר בעצם הנביקולאר וההמט שורש כף יד שמאל
נחבלה בברך ימין וירך שמאל ובשד שמאל
ובתזה כאבים בעש צוארי וגם בגב תחתון
הגבלה ב תנועה ללא חסר נאורולוגי
צילום בירכיים תקין
טמ שבר מחובר
MRI תקין
אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- FRACTURE HAMATE (UNCIFORM)
- FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED
- LOW BACK PAIN
- ARTHRALGIA

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,
ביום: 27/09/2017

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 36 ימים, היינו מיום: 26/11/2017
עד יום: 31/12/2017 (בכלל).

03/12/2017

חתימה וחתימת הרופא

תאריך הבדיקה

ד"ר מ. בין
א. מ. בין
א. מ. בין
א. מ. בין
א. מ. בין
א. מ. בין
א. מ. בין
א. מ. בין
א. מ. בין
א. מ. בין



מרכז רפואי אסף הרופא מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | צריפין 70300
טל': 08-9779999 פקס: 08-9779996 <http://www.assafh.org/>

Assaf Harofeh Medical Center
affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel
Tel: +972-8-9779999 Fax: +972-8-9779996 <http://www.assafh.org/>



סודי רפואי

תעודתו ל: 04/12/17

שעה: 10:45

מחלקה: מרפ. כפ רגל

מנהל מח':

סיכום ביקור - 31993874

החידוש הכללי במסגרת זה מוגש על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הוות הפרטיות, תשנ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או לא אלא בהתאם להוראות בחוק. מטרת החידוש בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מחנה עבירה.

מכתב זה תכל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

דמאיו קרן

ח.ז: 0-6669009 מ.י: נקבה
ט.ל: 054-6776757 שם האב: משה
איש קשר: דמאיו משה
כתובת: הדותרים 3, הל אביב - יפו, 6772003
ת.ל.ידה: 21/12/84 גיל: 33 ש
מצב משפחתי: ר קופ"ח: מכבי

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 04/12/17 שעה: 10:36
המטופל משתחרר לביתו תאריך שחרור: 04/12/17

רגישויות

לא ידוע

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון

הנל חודשים וחצי לאחר תאונת דרכים בה שברה של עצם הנביקולר וההמט בשורש כפ יד שמאל
בעילום שברים מחוברים יש להוריד גבס ולהתחיל פדיוטרפיה
המסך מעקב אורטופד קופח

[Handwritten signature]

חתימה

מספר רשיון: 18667

חתימה:

רופא: דר. ביי, אברהם

04/12/17 10:47

17



מרכז רפואי אסף הרופא מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | צריפין 70300
טל': 08-9779999 פקס: 08-9779996 <http://www.assafh.org/>



Assaf Harofeh Medical Center

affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel

Tel: +972-8-9779999 Fax: +972-8-9779996 <http://www.assafh.org/>

סודי רפואי

מעודכן ל: 17/12/17

מחלקה: מרפ. כיר. יד

שעה: 12:40

מנהל מח': דר. אבישר

סיכום ביקור-32007193

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקום להבטחת רצף טיפולי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - תשמ"א - ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מטרת המידע בניגוד לקבוע בזוהרם אלו, מהות עכירה.

דמאיו קרן

ת.ז: 0-6669009 מ.י: נ ת.לידה: 21/12/84 גיל: 33 ש

טל: 054-6776757 שם האב: משה מצב משפחתי: ר קופ"ח: מכבי

איש קשר: דמאיו

משה

כתובת: החותרים 3, תל אביב - יפו, 6772003

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 17/12/17 שעה: 10:44 המטופל משתחרר לביתו

תאריך שחרור: 17/12/17

רגישויות: לא ידוע

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון: בת 33 . RHD . עובדת עו"ד .

ברקע- בריאה. אלרגיה- מורפיום - הקאות .

חבלה לשורש יד בהמלץ עבודתה כרוכבת אופנוע נפגעה בת.ד

27.09.2017

נפלה עד יד שמאל-אינה זוכרת מנגנון .

פונתה לביח איכילוב באמבולנס . קובעה בגבס, הופנתה לבידקת

CT -

בבדיקה אובחנו שני שברים בשורש היד.

עברה התייעצות, טופלה שמרנית בגבס למשך 10 שבועות בגבס.

גבס הוסר 04.12.2017 .

בבדיקה-

רגישות בקופסית הרחה. רגישות ללא קלילק בביצוע ווטסון.

הגבלה בכפיסה ויישור של שורש היד

בCT שורש יד מיום פציעה ומיום -26.11.2017

שבר מותן עצם סירה עם אקסטניציה פרוקסימלית. שבר תלישה של

רצועות דורליות רדיוקארפלי.

18

סיכום ביקור - המשך

סודי רפואי

מרפאת כירורגית

מקרה: 32007193

ת.ז: 6669009-0

דמיון קרו

26.11.2017 CT- עדוין נראה קו שבר במגמת חיבור, אין
ספיגה של עצם.

בצילום 17.12.2017 - שברים מחוברים

המלצות: מייצב קשיח לשורש היד כולל אגודל

ניתן להוריד סד לרחצה.

ביקורת עוד 4 שבועות

חופשת מחלה: 30 ימים

חתימה

רופא מאשר: דר. אבישר, ארז

12:40 17/12/17

רשיון: 34126

חתימה:

מרכז רפואי אסף הרופא

ד"ר אלון אבישר

מנהל יחידת לכידה של היד

מ.ר. 34126

מ.ר.מ. 30412, 26302

79

תאריך הדפסה: 31/01/2018

מכבי שירותי בריאות



שם: דר' בן אברהם
תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית
כתובת: גרינבוים 18 ראשון לציון
טלפון: 03-9661394
פקס: 03-9693053

שם פרטי: קרן		שם משפחה: דמאיו		פרטי הנדק:	
ת.ז.: 66690090	טל. עבודה/נייד: 0546778757	טלפון: 035372354	מין: נ	ת.ל.ידה: 21/12/1984	
מיקוד: 6772003		כתובת: החותרים 3, בידה 2, תל אביב - יפו			

אישור מחלה

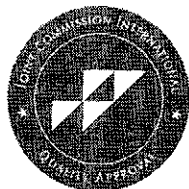
הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.
איוולת מסוגלות לעבוד מיום: 17/01/2018 עד יום: 07/02/2018 סה"כ: 22 ימים.

31/01/2018

החתימה והחותמת הרופא

תאריך

משרד הבריאות
מנהל מחלקת
איוולת
17008
ל.ל.ל



מרכז רפואי אסף הרופא מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | צריפין 70300
טל': 08-9779999 פקס: 08-9779996 <http://www.assafh.org/>



Assaf Harofeh Medical Center

affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel

Tel: +972-8-9779999 Fax: +972-8-9779996 <http://www.assafh.org/>

סודי רפואי

מסודכן ל: 07/02/18

שעה: 11:22

מחלקה: מרפ. כיר. יד

מנהל מח': דר. אבישר

סיכום ביקור - 32065621

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981
ימין למסמך אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא מחויב לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

דמאיו קרן

ת.ז: 0-6669009 מיו: נקבה ת.לידה: 21/12/84 גיל: 33 ש
טל: 054-6776757 שם האב: משה מצב משפחתי: ר קופ"ח: מכבי
איש קשר: דמאיו משה
כתובת: החותרים 3, תל אביב - יפו, 6772003

נתוני ביקור

קבלה למחלקה: 07/02/18 שעה: 10:39
המטופל משתחרר לביחיו תאריך שחרור: 07/02/18

אבחנות נוכחיות

814.01 - S/P CLOSED FRACTURE OF NAVICULAR (SCAPHOID) BONE OF WRIST (LT)

רגישויות

לא ידוע

לא קיים נספח תוצאות מעבדה

סיכום ודיון

בת 33, ברקע בריאה, עובדת כעו"ד. יד ימין דומיננטית.

חבלה לשורש יד במהלך עבודתה כרוכבת אופנוע נפגעה בת.ד. 27.09.2017. תושמה בגבס על רקע שבר מוחן עצם סירה עם אקסטניציה פרוקטימלית. שבר תלישה של רצועות דורליות רדיוגרפלי.

26.11.2017 CT - עדיין נראה קו שבר במגמת חיבור, אין ספיגה של עצם.

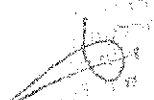
משחמשת בסד ספייקה, מרגישה עדיין כאבים וזרמים בשורש כף היד. כאבים גם ליליים.

בבדיקתה: רגישות במישוש עצם הסירה, הגבלה אנטלגית בכל תנועות שורש כף היד, מחושטת שמורה, ללא עדות לחסר NV..

כצילום - שבר נראה מחובר.

המלצות:

- שימוש בסד לפי הצורך.
- פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק.
- CT שורש כף יד שמאל להערכת חיבור השבר.
- ביקורת במרפאתנו בעוד חודש-חודשיים. יש להביא את תוצאות ה-CT למרפאה.
- מועד ימי מנוחה עם אפיקי



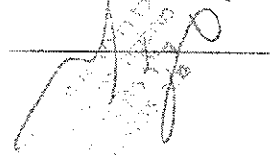
חתימה

רופא מאשר: דר. גילת, רון

11:31 07/02/18

מספר רשיון: 135785

חתימה:



ד"ר בין אברהם

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 18667

כתובת: גרינבוים 18, ראשון לציון

טלפון: 03-9661394

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
דמאין	קרן	משה	66690090	לא
ישוב	רחוב	מס'	שנת לידה	טלפון
תל אביב - יפו	החותרים	3	1984	035372354
שם המעביד וכתובתו				טלפון
				0546776757

תוצאות הבדיקה:

ביקור חוזר מתאריך: 31/01/2018
 ביקור חוזר מתאריך: 17/12/2017
 ביקור חוזר מתאריך: 03/12/2017
 ביקור חוזר מתאריך: 12/11/2017
 ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2017
 ביקור חוזר מתאריך: 01/10/2017
 טופלה בבית חולים איכילוב היד הנוחה בגבס

לנל שבר בעצם הגביקולאר וההמט שורש כף יד שמאל
 נחבלה בברך ימין וירך שמאל ובשד שמאל
 ובחזה כאבים בעש צוארי וגם בגב תחתון
 הגבלה ב תנועה ללא חסר נאורולוגי
 צילום בירכיים תקין
 טמ שבר מחובר
 MRI תקין
 חופש לפי דר אבישר
 אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- FRACTURE HAMATE (UNCIFORM)
- FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED
- LOW BACK PAIN
- ARTHRALGIA

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
 אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,
 ביום: 27/09/2017

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 40 ימים, היינו מיום: 08/02/2018
 עד יום: 19/03/2018 (בכלל).

13/02/2018

תאריך הבדיקה

חתימה וחוקתמת הרופא

ד"ר בין א.
 אודטופד מומחה
 מ.ר. 11908

מכבי שירותי בריאות

שרות רפואי מוסמך

דר' ב"ן אברהם
מומחה כירורגיה אורתופדית
מס' רשיון: 18667
כתובת: גרינבוים 18, רחשון לציון
טלפון: 03-9561394

תעודת רפואית מסכת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	גמ' זיהוי	שכר
דמאין	קרן	משה	65690090	כן
ישוב	דת	מס'	מיקוד	טלפון
תל אביב - יפו	החותרים	3	5772003	035372354
שם המעביד וכתובתו			טלפון	
			0546776757	

תוצאות הבדיקה:

ביקור חוזר מתאריך: 13/02/2018

ביקור חוזר מתאריך: 31/01/2018
ביקור חוזר מתאריך: 17/12/2017
ביקור חוזר מתאריך: 03/12/2017
ביקור חוזר מתאריך: 12/11/2017
ביקור חוזר מתאריך: 22/10/2017
ביקור חוזר מתאריך: 01/10/2017
נופלה בבית חולים איכילוב היד הנוחה בגבס

לגל שבר בעצם הנביקולאר וההמש שורש קף יד שמאל
נחבלה בברך ומין זיך שמאל ובשד שמאל
וכחזה כאבים בעש צוארי וגם בגב תחתון
הגבלה בתנועה ללא חסר מאורחוגי
צילום בירכיים תקין
סמ שבר מחובר
MRI תקין
חופש לפי דר אבישר
אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

- FRACTURE HAMATE (UNCIFORM)
- FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED
- LOW BACK PAIN
- ARTHRALGIA

זהו אינו מסגול עדיין לעוסק בעבודתו או בעבודה מותאימה אחרת.
אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל.

20/03/2018

21 ימים, היינו מיום:

27/09/2017

ביזום:

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

09/04/2018 (בכלל).

עד יום:

27/03/2018

מתימה וחנותמת הרופא

תאריך הבדיקה

מס' 80611
מס' 80611
מס' 80611

24

מכון MRI

הנדון: דימאי, קרן, ת.ז: 066690090 גיל: 34 ש0ח

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 18/12/2018

להלן ממצאי בדיקת MRI של עמוד השדרה הצווארי והגבי, ללא הזרקת חומר ניגוד:

ללא בדיקות קודמות להשוואה.

התוויה קלינית: ממצא? ללא פרטים קליניים נוספים בהפניה.

ממצאים:

עמ"ש צווארי:

יישור של עמוד השדרה הצווארי עם איבוד של הלורדוזיס התקין.
גובה תקין של החוליות והדיסקים.
ב-C4-5 ו-C5-6 בליטות קלות מאוד של הדיסקים אבל ללא עדות להיצרות של התעלה או הפורמינות.
ללא עדות לאות פתולוגי בחוט הצווארי.

התרשמות: בליטות מינימליות של דיסקים ב-C4-5 ו-C5-6 אבל ללא היצרות של התעלה הספינאלית או הפורמינות.

עמ"ש גבי:

קיפוזיס קל ותקין של עמ"ש הגבי עם גובה תקין של החוליות והדיסקים.
ללא בליטות של הדיסקים.
ללא היצרות של התעלה הספינאלית או של הפורמינות.
ללא עדות לאות פתולוגי בחוט הגבי.

לסיכום: ללא עדות לממצאים פתולוגיים בעמ"ש הגבי.

בברכה,
ד"ר בלקום יונתן
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 33848
מ ר מ 30555

הוקלד על ידי: צח יצחק דנה
מסמך זה נחתם אלקטרונית
דיסק MRI מכיל את כל הבדיקה.

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה לרופא
המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות פקס שמספרו 03-7645229

Dr. Yehezkel Tytiun
Orthopaedic Surgeon
Foot & Ankle surgery
L.N. 28558, S.L.N. 21322

טל. נייד 054-4672646 - Mobile
פקס - 09-7465615 FAX
E-mail: tyti@zahav.net.il

ד"ר יחזקאל טיטיון
מומחה בכירורגיה אורתופדית
כירורגית קרסול וכף הרגל
מ.ר. 28558, מ.ר.מ. 21322
מרפאות: מרכז גירון, רח' ז'בוטינסקי 3, רעננה 4336307
מרכז רפואי ג.א.ר.א., בית נח, רח' ז'בוטינסקי 155, רמת-גן 52575

תאריך: 24.02.2019

הערכת נכות.

לכבוד: עו"ד ליאור פרייברג

הנדון: גב' דמאיו קרן, ת"ז 066690090.

הנ"ל בת 34, רווקה + 0, תושבת תל-אביב, עו"ד במקצועה. ברקע: בריאה בד"כ.
מספרת כי בתאריך 27.09.2017 נפגעה בתאונת דרכים כרוכב קטנוע במהלך עבודה. פגעה עם הקטנוע במונית שביצעה פניית פרסה פתאומית במקום אסור. נפגעה בכף יד ושורש כף יד שמאל וסבלה מפצעים בשוקיים ובברכיים כן נפגעה בצוואר ובחזה. פונתה ע"י אמבולנס מד"א לבדיקה בחדר המיון של מרכז רפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי, נבדקה ראשונית וכן בוצעה בדיקת CT שורשי כפות ידיי וכפות ידיים, אובחן כי סובלת משברים בעצם הסקאפואיד ובהמייט בכף יד שמאל, קובעה בגבס ושוחזרה לביתה. בהמשך הייתה במעקב במרפאת חוץ כף יד של מרכז רפואי אסף הרופא בצריפין ובקופ"ח באזור מגוריה. לאחר כ-10 שבועות הורד הגבס וקובעה בסד תומך לשורש כף יד למשך חודש וחצי נוספים. בהמשך טופלה בפיזיותרפיה. בשל זרמים ורדימות בכף יד שמאל בוצעה בתאריך 28.06.2018 בדיקת EMG גפיים עליונים שפוענחה כתקינה. בשל תלונות על כאבים בצוואר ובגב בוצעה בתאריך 18.12.2018 בדיקת MRI ע"ש צווארי וגבי שהדגימה בלטי דיסק בגובה C4-5-6.

תלונות נוכחיות:

כיום סובלת מכאבים בצוואר, מוגבלת בתנועה, מרגישה שהכתפיים לא מחזיקות את הצוואר וכן סובלת מכאבי ראש. סובלת לעיתים מכאבים בלילה המעירים משונה. בכף יד שמאל סובלת מכאבים, מגבלה בתנועה, מתקשה בהרמת משאות ומאמצים, מתקשה בתפקודה בבית ובתפקודים אישיים שונים, סובלת מזרמים בכף יד שמאל ובלילה לעיתים מתעוררת בשל כך. בנוסף סובלת מצלקות באזור ברך ימין ושוק שמאל המפריעות לה אסתתית.

בבדיקה:

בבדיקת ע"ש צווארי - בהסתכלות על הצוואר, מנח תקין, ללא טורטיקוליס, רגישות והגבלה מזערית בתנועות לכל הכיוונים. רגישות במישוש זיזי עמו"ש צווארי לכל האורך, ספאזם שרירי ורגישות פאראורטבראלית לאורך ע"ש צווארי. רגישות ב"Trigger Point" פאראסקאפולארי זו-צדדי. בגפיים עליונות כוח גס, תחושה והחזרים שמורים.

בבדיקת כף יד ושורש כף יד שמאל (דומיננטית ימני) - ללא נפיחות אודם או חום מקומי, רגישות במישוש אזור קופסית ההרחה. סימן ווטסון שלילי אך קיימת רגישות בביצוע הבדיקה.

טווח תנועות שורשי כפות ידיים - כיפוף גבי 30 מעלות משמאל לעומת 90 מעלות מימין, כיפוף כפי 60 מעלות משמאל לעומת 90 מעלות מימין, הטיה אולנארית 20 מעלות משמאל לעומת 40 מעלות מימין, הטיה רדיאלית 10 מעלות משמאל לעומת 20 מעלות מימין. רגישות בקצוות הטווחים.

חולשה באחיזה בכף יד שמאל, במדידת כח לפיתה במנומטר דיגיטלי, 31.6 ק"ג מימין (תקין לגיל ולמין), לעומת 10.9 ק"ג בלבד משמאל (חלש לגיל ולמין), ללא חסר נאורואסקולארי גס.

באזור ברך ימין שלוש צלקות אלכסוניות באורך כ- 7 ס"מ כל אחת, לא דבוקות אך עם שינוי צבע ומכערות בחלקן רגישות, צלקת קטנה נוספת בשוק שמאל.

לסיכום:

לאור הממצאים הקליניים המתוארים לעיל אני מעריך כי לגב' דמאיו קרן נגרמו פגיעות המקנות נכות צמיתה בתאונה הנידונה, כמפורט לעיל –

- בגין הפגיעה הצווארית הגורמת למגבלת תנועה מזערית וכאבים בע"ש צווארי, נכות צמיתה בשיעור 5%, לפי סעיף חלקי 37 (5) (א'), בקובץ תקנות המל"ל.

- בגין הפגיעה בכף יד שמאל, כאבים ומגבלה בתנועות שורש כף היד הגורמת למגבלת תנועה וכאבים, נכות צמיתה בשיעור 10%, לפי סעיף 35 (1) (ב'), בקובץ תקנות המל"ל. אני בוחר ב"סעיף סל" זה, בהעדר סעיף אחר בקובץ תקנות המל"ל, המתאים לתיאור מכלול הפגיעה הקיימת.

- בגין מכלול הצלקות הקיימות, נכות צמיתה בשיעור 5%, לפי סעיף ביניים 75 (1) (א'-ב), בקובץ תקנות המל"ל.

יש לציין כי בעקבות התאונה הנידונה שהתה באי-כושר מלא למשך כ-4.5 חודשים ולקופה זאת יש לקבוע נכות זמנית בשיעור 100%, כמו כן סביר כי עד להתייצבות מצבה סבלה מנכות זמנית נוספת בשיעור 50% למשך שלושה חודשים נוספים ונכות זמנית בשיעור 30% למשך שלושה חודשים נוספים, זמן סביר להתאוששות והתייצבות מצבה לכדי מצב הנכות היציבה ממנה סובלת כיום.

בברכה – ד"ר יחזקאל טיטון.

ד"ר יחזקאל טיטון
מומחה לכירורגיה אורתופדית
כירורגית קרסול וכף רגל
מ.ר. 28558, מ.ר.מ. 21322
מרכז דמאיו רבני - קמפוס גליציה

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 30/01/2020 18:13
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	30/01 18:03
FAX NO./NAME	6250222
DURATION	00:09:21
PAGE(S)	30
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

30.1.20

מ.ל.ב.

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 רחוב יצחק שדה 17
תל אביב 6777517
 באמצעות פקס: 03-6250222

א.ג.ג.,

הנדון: קרן דמאי, ת.ז. 066690090
 תאונה מיום 27.9.17

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
2. אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור בזימון מרשתי לוועדה רפואית.

בבדיקת כף יד ושורש כף יד שמאל (דומיננטית ימנית) - ללא נפיהות אודם או חום מקומי, רגישות במישוש
אזור קופסית ההרחה. סימן ווטסון שלילי אך קיימת רגישות בביצוע הבדיקה.

טווח תנועות שורשי כפות ידיים - כיפוף גבי 30 מעלות משמאל לעומת 90 מעלות מימין, כיפוף כפי 60 מעלות משמאל לעומת 90 מעלות מימין, הטיה אולנארית 20 מעלות משמאל לעומת 40 מעלות מימין, הטיה רדיאלית 10 מעלות משמאל לעומת 20 מעלות מימין. רגישות בקצוות הטוחים.

חולשה באחיזה בכף יד שמאל, במדידת כח לפיתה במנומטר דיגיטלי, 31.6 ק"ג מימין (תקין לגיל ולמין), לעומת 10.9 ק"ג בלבד משמאל (חלש לגיל ולמין), ללא חסר נאוראסקולארי גס.

באזור ברך ימין שלוש צלקות אלכסוניות באורך כ- 7 ס"מ כל אחת, לא דבוקות אך עם שינוי צבע ומכערות בחלקן רגישות, צלקת קטנה נוספת בשוק שמאל.

לסיכום:

לאור הממצאים הקליניים המתוארים לעיל אני מעריך כי לגב' דמאיו קרן נגרמו פגיעות המקנות נכות צמיתה בתאונה הנידונה, כמפורט לעיל -

- בגין הפגיעה הצווארית הגורמת למגבלת תנועה מזערית וכאבים בע"ש צווארי, נכות צמיתה בשיעור 5%, לפי סעיף חלקי 37 (5) (א'), בקובץ תקנות המל"ל.

- בגין הפגיעה בכף יד שמאל, כאבים ומגבלה בתנועות שורש כף היד הגורמת למגבלת תנועה וכאבים, נכות צמיתה בשיעור 10%, לפי סעיף 35 (1) (ב'), בקובץ תקנות המל"ל. אני בוחר ב"סעיף סל" זה, בהעדר סעיף אחר בקובץ תקנות המל"ל, המתאים לתיאור מכלול הפגיעה הקיימת.

- בגין מכלול הצלקות הקיימות, נכות צמיתה בשיעור 5%, לפי סעיף ביניים 75 (1) (א'-ב), בקובץ תקנות המל"ל.

יש לציין כי בעקבות התאונה הנידונה שהתה באי-כושר מלא למשך כ-4.5 חודשים ולקופה זאת יש לקבוע נכות זמנית בשיעור 100%, כמו כן סביר כי עד להתייצבות מצבה סבלה מנכות זמנית נוספת בשיעור 50% למשך שלושה חודשים נוספים ונכות זמנית בשיעור 30% למשך שלושה חודשים נוספים, זמן סביר להתאוששות והתייצבות מצבה לכדי מצב הנכות היציבה ממנה סובלת כיום.

בברכה - דר' יחזקאל טיטיון.

ד"ר י. טיטיון
מומחה למיון נכים אזרחי
מיון נכים לפי סעיף 37
מ.ד. 28558 ד.מ. 2122
מרכז דמאיו רבין-קמחוס בלגוסון

לכבוד: אריאל פרייברג בנאמנות על רבקה ימין חה
דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204

ד.א. 157 16 480
157

צוות 351
1 1
51 12363

63.63
63.63
63.63



1224012363

מס. לקוח 13-157- 16106/24
תאריך 13/09/2020

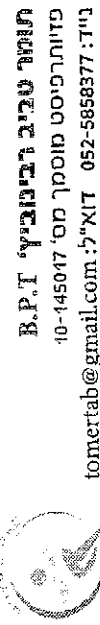
לכבוד אריאל פרייברג בנאמנות על רבקה ימין חה

מסגרת אשראי - תשלום חובות - מסמך מס' 102040 - 1200913

הנדון: חריגה ממסגרת אשראי כמט"י

1. בחשבונו מס' 16106/07 המתנהל בסניפנו חריגה ממסגרת אשראי בסך של 8.70 ש"ח (בסכום זה כלולה ריבית עד יום 30/06/2020 בלבד).
2. שיעור הריבית בגין הסכום החורג ממסגרת האשראי המאושרת הינו 17.0000%.
3. עליך לפעול לביטול מידי של החריגה בחשבון ולחדול מיצירת חיובים נוספים שכיבודם ייצור אף יגדיל החריגה.
4. כל עוד לא תכוסה, תישא החריגה ממסגרת האשראי ריבית בשיעור המרבי החל על חשבונות מאותו סוג.
5. ככל עניין הקשור לחריגה מהמסגרת, ניתן לפנות לסניף בטלפון: 1599599157.
6. אם בינתיים כוסתה יתרת החוב הנ"ל, נא ראה הודעה זו כמבוטלת.
7. בתאריך 13/09/2020 חויב חשבונו הנ"ל בעמלה בגין הודעה על חריגה ממסגרת בסכום קבוע של 5.00 ש"ח.





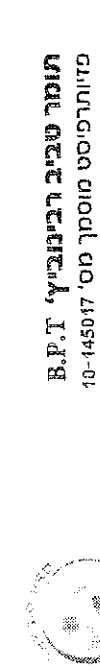
תומר טביב רבינוביץ' B.P.T.
פזיזותריפס מוסמך מס' 10-145017
נייד: 052-5858377 דוא"ל: tomertab@gmail.com

חשבונית מס' 0039/5
מקור: 303019293

לכבוד: קרן צמחין

סכום	פרטים
230 X 2	ציוד איפורי פיצוי תרופות
460	

שולם במזומן ☐
סה"כ כולל מע"מ 460
בש"ק מס' 26/6/18 בנק 12 ד"פ 26/6/18
חתימה: תאריך: 26/6/18



תומר טביב רבינוביץ' B.P.T.
פזיזותריפס מוסמך מס' 10-145017
נייד: 052-5858377 דוא"ל: tomertab@gmail.com

חשבונית מס' 0031/4
מקור: 303019293

לכבוד: קרן צמחין

סכום	פרטים
230 X 2	ציוד איפורי פיצוי תרופות
460	

שולם במזומן ☐
סה"כ כולל מע"מ 460
בש"ק מס' 22/5/18 בנק 12 ד"פ 22/5/18
חתימה: תאריך: 22/5/18



תומר טביב רבינוביץ' B.P.T.
פזיזותריפס מוסמך מס' 10-145017
נייד: 052-5858377 דוא"ל: tomertab@gmail.com

חשבונית מס' 0025/1
מקור: 303019293

לכבוד: קרן צמחין

סכום	פרטים
230 X 2	ציוד איפורי פיצוי תרופות
460	

שולם במזומן ☐
סה"כ כולל מע"מ 460
בש"ק מס' 22/5/18 בנק 12 ד"פ 22/5/18
חתימה: תאריך: 22/5/18



תומר טביב רבינוביץ' B.P.T.
פזיזותריפס מוסמך מס' 10-145017
נייד: 052-5858377 דוא"ל: tomertab@gmail.com

חשבונית מס' 0034/4
מקור: 303019293

לכבוד: קרן צמחין

סכום	פרטים
230 X 2	ציוד איפורי פיצוי תרופות
460	

שולם במזומן ☐
סה"כ כולל מע"מ 460
בש"ק מס' 12/6/18 בנק 12 ד"פ 12/6/18
חתימה: תאריך: 12/6/18



תומר טביב רבינוביץ' B.P.T.
פזיזותריפס מוסמך מס' 10-145017
נייד: 052-5858377 דוא"ל: tomertab@gmail.com

חשבונית מס' 0028/1
מקור: 303019293

לכבוד: קרן צמחין

סכום	פרטים
230 X 2	ציוד איפורי פיצוי תרופות
460	

שולם במזומן ☐
סה"כ כולל מע"מ 460
בש"ק מס' 12/5/18 בנק 12 ד"פ 12/5/18
חתימה: תאריך: 12/5/18



לכבוד אריאל פרייברג בנאמנות על רבקה ימין חה

מס. לקוח 13-157- 16106/24
תאריך 13/09/2020

מסגרת אשראי מס' 1200913 102040

הנדון: חריגה ממסגרת אשראי במט"ו

1. בחשבונו מס' 16106/07 המתנהל בסניפנו חריגה ממסגרת אשראי בסך של 8.70 ש"ח (בסכום זה כלולה ריבית עד יום 30/06/2020 בלבד).
2. שיעור הריבית בגין הסכום החורג ממסגרת האשראי המאושרת הינו 17.0000%.
3. עליך לפעול לביטול מידי של החריגה בחשבון ולחדול מיצירת חיובים נוספים שכיבוסם ייצור או יגדיל החריגה.
4. כל עוד לא תכוסה, תישא החריגה ממסגרת האשראי ריבית בשיעור המרבי החל על חשבונות מאותו סוג.
5. בכל עניין הקשור לחריגה מהמסגרת, ניתן לפנות לסניף בטלפון: 1599599157.
6. אם בינתיים כוסתה יתרת החוב הנ"ל, נא ראה הודעה זו כמבוטלת.
7. בתאריך 13/09/2020 חויב חשבונך הנ"ל בעמלה בגין הודעה על חריגה ממסגרת בסכום קבוע של 5.00 ש"ח.



לכבוד אריאל פרייברג בנאמנות על רבקה ימין חה

מס. לקוח 13-157- 16106/24
תאריך 13/09/2020

העברה לזכות חשבון בבנק אחר

בהתאם להוראתכם בפקס
בתאריך 10/08/20 על פי הפרטים שלהלן:
פרטי החשבון המעביר:

שם סניף
מספר חשבון
כיכר המדינה 330- 16106/07

פרטי המוטב:

שם המוטב	שם בנק	שם סניף	מס' חשבון
אריאל פרייברג	א.החילו	כפר גנים	135082

סכום העברה: ש"ח 29,484.00

אנו נהיה רשאים למסור למוטב את שמותיכם ומספר חשבונכם, ואם המוטב או הבנק שלו יורה/ו לנו בכל עת שהיא להחזיר לכם את הסכום הנ"ל, אנו נהיה רשאים לזכות את חשבונכם לפי הוראותיו/הם.
הודעה בגין עלות השירות תשלח בנפרד.

ערך 10/08/20

אסמכתא 016025

העברה לזכות חשבון בבנק אחר

בהתאם להוראתכם בפקס
בתאריך 10/08/20 על פי הפרטים שלהלן:
פרטי החשבון המעביר:

שם סניף
מספר חשבון
כיכר המדינה 330- 16106/07

פרטי המוטב:

שם המוטב	שם בנק	שם סניף	מס' חשבון
רבקה ימין חה	דיסקונט	מודיעין	6967

סכום העברה: ש"ח 90,516.00

אנו נהיה רשאים למסור למוטב את שמותיכם ומספר חשבונכם, ואם המוטב או הבנק שלו יורה/ו לנו בכל עת שהיא להחזיר לכם את הסכום הנ"ל, אנו נהיה רשאים לזכות את חשבונכם לפי הוראותיו/הם.
הודעה בגין עלות השירות תשלח בנפרד.

ערך 10/08/20

אסמכתא 016026

חיוב עמלות

בתאריך 10/08/20 בוצעה בחשבון 16106/07 -330 בסניף 157
פעולת: העברה לבנק אחר (אסמכתא בדף חשבון: 016025)
חשבון יחוייב בעמלת "פ.דלפק:העברה/הפקדה לחשבון אחר"
הגבייה תבוצע בסכום ובמועד שיהיו נהוגים בבנק בעת ביצועם.
נכון להיום תעריף העמלה התקף בחשבון 5.90 ש"ח
סכום קבוע

היא נגבית בתחילת החודש העוקב לחיוב/לזיכוי (או בתחילת החודש הבא אחרי העוקב אם הפעולה בוצעה ביום עסקים אחרון בחודש).
אסמכתא 16025
ערך 10/08/20

ט.ל.ט



לכבוד אריאל פרייברג בנאמנות על קרן דמאיו

מס. לקוח 13-157- 16112/29
תאריך 16/08/2020

10308-1200807

העברה לזכות חשבון בבנק אחר

בהתאם להוראתכם במכתב
בתאריך 07/08/20 על פי הפרטים שלהלן :
פרטי החשבון המעביר :

שם סניף מספר חשבון
כיכר המדינה 330- 16112/12

פרטי המוטב :

שם המוטב	שם בנק	שם סניף	מס' חשבון
אריאל פרייברג	א.החיל	כפר גנים	135082

סכום העברה : ש"ח 21,118.00

אנו נהיה רשאים למסור למוטב את שמותיכם ומספר חשבונכם, ואם המוטב או הבנק שלו יורה לנו בכל עת שהיא להחזיר לכם את הסכום הנ"ל, אנו נהיה רשאים לזכות את חשבונכם לפי הוראותיו/הם.
הודעה בגין עלות השירות תשלח בנפרד.

ערך 07/08/20

אסמכתא 008047

10308-1200807

העברה לזכות חשבון בבנק אחר

בהתאם להוראתכם במכתב
בתאריך 07/08/20 על פי הפרטים שלהלן :
פרטי החשבון המעביר :

שם סניף מספר חשבון
כיכר המדינה 330- 16112/12

פרטי המוטב :

שם המוטב	שם בנק	שם סניף	מס' חשבון
קרן דמאיו	הפועלים	יד אליהו	52371

סכום העברה : ש"ח 133,882.00

אנו נהיה רשאים למסור למוטב את שמותיכם ומספר חשבונכם, ואם המוטב או הבנק שלו יורה לנו בכל עת שהיא להחזיר לכם את הסכום הנ"ל, אנו נהיה רשאים לזכות את חשבונכם לפי הוראותיו/הם.
הודעה בגין עלות השירות תשלח בנפרד.

ערך 07/08/20

אסמכתא 008048

ט.ל.ח.

013150A03AYR00816

לכבוד: אריאל פרייברג בנאמנות על קרן דמאיו
דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204

לכבוד: 16 480
דחן 157

צוות 351
1 1
51 12412
**

12.12
12.12
12.12



1129012412

לכבוד אריאל פרייברג בנאמנות על קרן דמאיו				
חשבון שיקים מסוג: עו"ש פרטי				
להלן פרוט חשבונך בשקלים				
חשבון מספר 16112/12 תאריך 12/08/2020				
מס. לקוח	תאריך	דף מספר	מס. זיהוי (IBAN)	מס. זיהוי
13-157-16112/29	16/08/2020	1/2020	IL13 0131 5700 0000 1611 212	
יתרה	חובה	אסמכתא זכות	מקור	תאריך ערך
0.00				
155,000.00		155,000.00	9080	15700 הפקדת שיק פ
	21,118.00	8047		15700 הע/הפ לבנק פ
0.00	133,882.00	8048		15700 הע/הפ לבנק פ

ייתרת חובה = 0

שיק -

לקוח נכבד, הרינו להודיעך כי חשבונך זה נסגר על ידינו.

אם במשך 90 יום לא
תתקבלנה הערות בכתב
לחשבון זה, יחשב הדבר
כחודאה בנכונות. ס.ל.ח.

1 - פעולות בערוץ ישיר ובמסגרת אשכול "פעולות בערוץ ישיר" בתעריפון העמלות,
לפעולות שבוצעו החל מתאריך 1.7.08
פ - פעולות על ידי פקיד (במסגרת אשכול "פעולות על ידי פקיד" בתעריפון העמלות,
לפעולות שבוצעו החל מתאריך 1.7.08