



אישור שליחת פקס

25 עמודים
19/6/2025 16:42

זיהוי מקבל FAXCORE
זיהוי שולח MyFax

אל 03-9114822
מאת אריאל פרייברג



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

יוני 19 2025
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 17.3.25
הנפגע: נורי זהרור, ת"ז 034136945

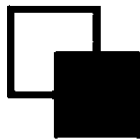
בהמשך למכתבכם מתאריך 30.4.25 הריני מתכבד להודיעך כדלקמן:

1. מרשי נפגע בתאונה עת החליק עם האופנוע בתאריך 17.3.25.
2. משראה מרשי כי הכאבים מתגברים פנה הוא לקבלת טיפול רפואי בתאריך 19.3.25 (מצ"ב תעודות רפואיות ראשוניות לאחר התאונה).
3. כן, מצ"ב תמונות החבלות.
4. מצ"ב טופס תביעה מלא וחתום ע"י המעביד, כן מצ"ב תעודת ביטוח חובה.
5. מרשי לא פנה למיון ו/או למשטרה.
6. לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובב"ח,
~~אריאל פרייברג, עו"ד~~
פרייברג רסקין עורכי דין

Tel: 03-7412358 Fax: 077-3180983

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

יוני 2025 19
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



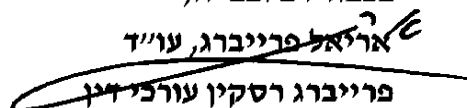
לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 17.3.25
הנפגע: נורי זהרור, ת"ז 034136945

בהמשך למכתבכם מתאריך 30.4.25 הריני מתכבד להודיעך כדלקמן:

1. מרשי נפגע בתאונה עת החליק עם האופנוע בתאריך 17.3.25.
2. משראה מרשי כי הכאבים מתגברים פנה הוא לקבלת טיפול רפואי בתאריך 19.3.25 (מצ"ב תעודות רפואיות ראשוניות לאחר התאונה).
3. כן, מצ"ב תמונות החבלות.
4. מצ"ב טופס תביעה מלא וחתום ע"י המעביד, כן מצ"ב תעודת ביטוח חובה.
5. מרשי לא פנה למיון ו/או למשטרה.
6. לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>
רוטשילד	נורי	034136945	טלפון
רחוב	31/3	פתח תקווה	מיקוד
מס'	עיר	מיקוד	טלפון

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

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

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 1/6/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____

X _____ חתימה: _____

אריאל כרינג, עו"ד
מ.ר. 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ נורי זהרורי
ת.ז. מס' 034136945, מרחוב _____ רוטשילד 31/3 פתח תקווה
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
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, חגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני 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 1 לחודש 6 שנה 2025

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אנואל פריברג, עו"ד
עמ"ד 6225

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	זהרור נורי
מס זהות:	00034136945	גיל:
רחוב:	רוטשילד	תלדה:
טלפון נוסף:	54-5605865	מס בית:
שוכ:	פתח תקווה	16/07/1977
טלפון:	54-5605865	31 / 3

תאריך תאונה: 17/03/2025

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך ביקור: 19/05/2025

תאריך תאונה: 17/03/2025

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

דמורפי עיסוק	רפואי דמיוננות
עובד בעירייה פ"ת	ימין

סיבת ההפניה: סיבת ההפניה מתאריך 27/04/2025:

17.3.25 - תאונת דרכים כרוכב אופנוע.

בוצעו צילומים בקופ"ח.

מדווח על כאבים באצבע 5 כף יד שמאל, צוואר, רגל ימין, כפות הידיים.

צילום כף יד שמאל- שבר בסיס גליל דיסטלי ללא תזוזה משמעותית.

פירוט	ממצאי אבחון/הערכה
-------	-------------------

מדידת טווחי תנועה בקבלה- 27.4.25

גף עליון - תנועה

TPP:

קושי בסגירת אגרוף אקטיבית אצבעות 2-5 (כ-6 ס"מ מסגירה מלאה).

אצבע 5- יישור מלא.

קפני- 6/10	גף עליון - כאב
VAS - 10/10 באצבעות 3,5	
VAS 8/10 בשאר האצבעות.	
מדווח על כאבים גם במאמץ וגם במנוחה.	
מדווח על ירידה בתחושה בפיזור אולגרי ביד שמאל.	גף עליון - תחושה
מדווח על עצמאות באכילה לבוש ורחצה. משתמש בעיקר ביד ימין ובכצע באיטיות.	תפקוד - BADL בהווה
מדווח על קושי בשימוש בכוח ביד וקושי באחיזה ותפיסת חפצים.	תפקוד - IADL בהווה
בנוסף, מדווח על קושי בעת פתיחת בקבוקים וצנצנות.	

דיון/מהלך הטיפול: דיון/מהלך טיפול מתאריך 27/04/2025:

קבלה.

מדווח על כאבים ביד שמאל שמקרינים לאורך הגפה העליונה.

מדווח על קושי תפקודי בעיקר באחיזה חפצים ושימוש בכוח.

ישנה הגבלה אקטיבית לסגירת אגרוף באצבעות 2-5.

יגיע לטיפולים בריפוי בעיסוק לחימום היד להפחתת הכאבים והפעלת היד.

לשיפור טווחי התנועה לצורך שיפור תפקודי היום-יום.

19/05/2025

מדווח על קושי בכתיבה ביד ימין בעקבות כאבים בIPJ, ניתן עיבוי לכלי כתיבה.

להקלה.

בוצעה הפעלה לכפיפת אצבעות ולאגודל. טווחים פאסיביים מלאים אך ההפעלה

מלווה בכאב. טווחים אקטיביים מוגבלים ייתכן בגלל כאב.

תרגול PLACE & HOLD. בסיום - חימום באמצעות פראפין להקלה על הכאבים.

הודרך במידה והטיפולים השיקומיים לא מסייעים - לפנות למומחה כף יד להמשך

בירור.

סיכום ביקור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

זהרור נורי

הודפס ע"י מיכל אטיאס

00034136945

הפניה לרפואה

מספר הפניה: 00034136945	מספר רשיון: 101001	תאריך: 17/03/2025
שם: רומא טאנק	תאריך: 17/03/2025	שם: רומא טאנק
תאריך: 17/03/2025	תאריך: 17/03/2025	תאריך: 17/03/2025

גורם שולח



5323

מספר הפניה



035323063357

תז נבדק



34136945

מספר רשיון



161661

ביום הבדיקה, מא לפני למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
מא לפני עם טכניק ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לשים לב: אם חוקר בחרן או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
שים לב: בלוח המידע מובאת מידע על תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: צילום ברך ימין

שירות שנבחר

10401075	73560 צילום ברך ימין	78030
----------	----------------------	-------

המטפל מתלוק על ביום שני לאחר סיום עבודתו בעירייה סביב 18:50 - נסע על אופנוע בדרכו הביתה והחליק על הכביש ונחבל בצד שמאל בגפיים ובאצבעות כפות הידיים, נחבל בגב, בכתף ימין וברך ימין, היה עם קסדה ולא נחבל בראש, סובל מכאבים בצוואר ובידיים, בגב וברך ימין

26.58	BMI	10/06/2024	נמדד ב:	89	משקל	18/03/2025	נמדד ב:	183	גובה	סימנים חיוניים
								112 / 79	לחץ דם	
								69	דופק	

105.36 eGFR מתאריך: 10/06/2024

ממצאים עיקריים: יציב נשימתית והימודינמית.
קולות הלב סדירים ללא אוושה או קולות נוספים
כניסת אוויר לריאות שווה דו'צ ללא חרחורים או צפצופים
בטן רכה לא רגישה, ללא הגדלת אברים
גפיים ללא בצקות, דפקים תקינים, ללא סימני פקקת

אבחנה משוערת

CONTUSION KNEE AND LOWER LEG	9241
CONTUSION FINGER FINGER NAIL	9233
LOW BACK PAIN	7242

ריון/תוכנית טיפולית
טיפול

פעילות

COVID-19 coronavirus recovered patient	25/01/2022
--	------------



**** מידע חסוי אישי ****
רוטשילד-מכון רנטגן

עמוד 1 מתוך 1

24/03/2025	ת. ביצוע:	3413694-5	ת"ז:	נורי זהרור	נבדק:
24/03/2025	אישור פענוח:	47 שנים	גיל:	16/07/1977	תאריך לידה:
24/03/2025	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מחוז דן - פ"ת, (40000)	מוסד מפנה:
				מרפאת רמת ורבר, (44260)	גורם מפנה:
				טארק ספדי, (161661)	דופא מפנה:

בדיקה: צילום ברך

-

סיבת הפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצע:

צילום ברך בתאריך 24/03/2025 10:59 מ.ג.: 1045001459894 מבצע: יהודית שדה;
צילום ברך ימין;

ממצאים:

אין עדות לקו שבר.
מבנה גרמי ומרווחים מפרקיים נראים שמורים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל מספר רשיון: 31148 24/3/2025 11:28



**** מידע חסוי אישי ****
רוטשילד-מכון רנטגן

עמוד 1 מתוך 1

נבדק:	נורי זהרור	ת.י:	3413694-5	ת. ביצוע:	24/03/2025
תאריך לידה:	16/07/1977	גיל:	47 שנים	אישור פענוח:	24/03/2025
מוסד מפנה:	מחוז דן - פ"ת, (40000)	מין:	זכר	ת. הדפסה:	24/03/2025
גורם מפנה:	מרפאת רמת ורבר, (44260)				
רופא מפנה:	טארק ספדי, (161661)				

בדיקה: צילום עמוד שדרה צווארי

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצע:

צילום עמוד שדרה צווארי בתאריך 24/03/2025 10:54 מ.ג.: 1045001459882 מבצע: יהודית שדה;
צילום עמוד שדרה צווארי;

ממצאים:

אין תמט חוליות.
מבנה גרמי ומרווחים בין חולייתיים נראים שמורים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל מספר רשיון: 31148 24/3/2025 11:27



**** מידע חסוי אישי ****
רוטשילד-מכון רנטגן

עמוד 1 מתוך 1

24/03/2025	ת. ביצוע:	3413694-5	ת"ז:	נורי זהרור	נבדק:
24/03/2025	אישור פענוח:	47 שנים	גיל:	16/07/1977	תאריך לידה:
24/03/2025	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מחוז דן - פ"ת, (40000)	מוסד מפנה:
				מרפאת רמת ורבר, (44260)	גורם מפנה:
				טארק ספדי, (161661)	רופא מפנה:

בדיקה: צילום יד / שורש / כף / אצבעות

—

סיבת ההפניה:

קיימת הפניה ממוחשבת / סרוקה

ביצע:

צילום יד / שורש / כף / אצבעות בתאריך 24/03/2025 10:52 מ.ג.: 1045001459876 מבצע: יהודית שדה;
צילום כף יד שמאל כולל מכוון לאצבע 5;

ממצאים:

אין עדות לקו שבר.
מבנה גרמי ומרווחים מפרקיים נראים שמורים.

סיכום:

כמפורט בפענוח לעיל.

אושרר ע"י: ד"ר דניאל קירקל מספר רשיון: 31148 24/3/2025 11:27

תאריך: 30/03/2025

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	זהרור נורי	מס זהות:	00034136945	גיל:	47.08	מין:	ז
ת.לידה:	16/07/1977	ישוב:	פתח תקוה	רחוב:	רוטשילד	טלפון נוסף:	54-5605865	
מס בית:	31 / 3	טלפון:	54-5605865					

תאריך תאונה 17/03/2025

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35323063968

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



5323



035323063968



34136945



161661

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

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

לכבוד: CT עמוד שדרה מותני

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039 ט.מ. CT עמוד שדרה מותני + סקראלי		10304017

המטופל מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 20/03/2025:
ביום שני לאחר סיום עבודתו בעירייה סביב 18:50 - נסע על אופנוע בדרכו הביתה והחליק על הכביש ונחבל בצד שמאל בגפיים ובאצבעות כפות הידיים, נחבל בגב, בכתף ימין וברך ימין, היה עם קסדה ולא נחבל בראש. סובל מכאבים בצוואר ובידיים, בגב ובברך ימין
שולל איבוד הכרה
30/03/2025
כאבים בירידה תחת טיפול תרופתי ברוקסט פלוס ואסיבל. ישן טוב. חזר לעבודה.
כאבי גב ללא הטבה משמעותית. שולל הקרנה לגפיים
כאבי צוואר בשיפור

סימנים חיוניים	גובה	183	נמדד ב:	18/03/2025	משקל	89	נמדד ב:	10/06/2024	BMI	26.58
לחץ דם	112 / 79	נמדד ב:	10/06/2024	סדיר						
דופק	69	נמדד ב:	10/06/2024							

16/06/2024 מתאריך: 105.36 eGFR

ממצאים עיקריים
ממצאים מתאריך 20/03/2025:
יציב נשימתית והימודינמית.
קולות הלב סדירים ללא אוושה או קולות נוספים
כניסת אוויר לריאות שווה דו"צ ללא חרחורים או צפצופים
בטן רכה לא רגישה, ללא הגדלת אברים
גפיים ללא בצקות, דפקים תקינים, ללא סימני פקקת
30/03/2025
יציב נשימתית והימודינמית.

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה
9241	CONTUSION KNEE AND LOWER LEG
9233	CONTUSION FINGER FINGER NAIL

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

30/03/2025

הודפס ע"י ד"ר (רופא) טארק ספדי

00034136945

זהרור נורי

אבחנה	איפיון	קוד
LOW BACK PAIN		7242
CERVICALGIA		7231
ROAD ACCIDENT		E813

דיון/תוכנית טיפולית
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 20/03/2025:
 טיפול ברוקסט פלוס כדור פעמיים ביום למשך 7 ימים+ אסיבל 2 מ"ג פעם ביום
 להרפיית שרירים
 צילום ברך ימין, צילום אצבעות כף יד שמאל וצילום צוואר
 לפנות למרפאה/ למיון בהחמרה.
 מעקב.
 ההפניות שהופקו ב 20/03/2025:
 הפניה לדימות - 78030 צילום ברך ימין, הפניה לדימות - 78030 צילום ברך ימין,
 הפניה לדימות - 78105 צילום כף יד שמאל, הפניה לדימות - 78184 צילום עמוד
 שדרה צווא
 30/03/2025
 הפניה לצילום CT עמ"ש מתוני
 מעקב.
 ארקוקסיה 90 מ"ג פעם ביום למשך 10 ימים

בעיות פעילות

מגילוי	איפיון	בעיה
25/01/2022		COVID-19 coronavirus recovered patient

תולדות עבר

מסיום	מגילוי	איפיון	בעיה
10/06/2024	16/12/2018		BMI >30

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

שם הרופא	מספר רשיון	נחתם דיגיטלית**
ד"ר (רופא) טארק ספדי	161661	

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
 מפורסמת באתר הכללית



6

7





המחירים
היקף שירותים: ייעוץ • מעורבות
שירות טכני ללא תשלום/העסק
המחירים
0544-332-331
המחירים
המחירים
המחירים
המחירים

תעודת ביטוח חובה

פקודת ביטוח רכב מנעו (נסח חדש)
התשל' 1970 (לחל' פקודת הביטוח)

שם לב -
מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה
טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה
להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל
הפוליסה או להקנות למבטח זכות
לפיצויים מבעל הפוליסה כמפורט

"רשימת המבטחים המשתתפים במאגר ואחוז השתתפותם בשנת חיתום אליה מתייחס הפוליסה"
התעודה, הם כמפורט באתר האינטרנט של החברה:
<https://www.pool-act.org.il/?CategoryID=221>

בביטוח זה התאם לתעודה זו משתתפים המבטחים ששמותיהם מצויים לעיל, כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו ולהלן, לפי חלקיהם היחסיים
המבטחים ("כל מבטח מהמבטחים. אחראי לחלקו היחסי בלבד לפי שיעור השתתפותו כאסור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות

הפוליסה. שכתובתו רח' אצ"ל 1, ראשון לציון, תד' 1807101 ראש"צ וטל' 03-8424300, שלפניו 03-8424300, הינו מרשה לקבלת כתבי בית-דין בשם המבטחים הנ"ל ורשאי ליצגם בכל הליך
משפטי ולשם כך למנות עורכי דין בשמם, מבלי שהדבר יסיל עליו או על מבטח כלשהו ולרבות מהמבטחים בפוליסה) אחריות מעבר לחלקו היחסי כאמור

מס' תעודה	204-36240419852500036202	מס' רכב	48093302	שם הרכב	תל אביב מר	מס' הפוליסה	36202	
מס' תעודה	9618906	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906
שם בעל הפוליסה	פתח תקווה (לא מורשה לנהוג)	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906
כתובת בעל הפוליסה	1 פתח תקווה	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906
תאריך תחילת הפוליסה	31/12/2025	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906

מס' שילוח	210001200193	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906
מס' שילוח	210001200193	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906
מס' שילוח	210001200193	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906
מס' שילוח	210001200193	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906

מס' שילוח	210001200193	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906
מס' שילוח	210001200193	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906
מס' שילוח	210001200193	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906
מס' שילוח	210001200193	מס' רכב	500279005	שם הרכב	מס' הפוליסה	36202	מס' תעודה	9618906

כמפורט בסעיף 7 (ב) בגב התעודה.

ראה הגבלות, תריגים וסיגים מספיים מעבר לדף.

מסירת השימוש והחזרת הרכב: 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.

מבטח מספקת את המבטחים הנ"ל למעבר לדף שמספריהם נקובים בסעיפים:
(א) 6 (2), (א) 6 (3), (א) 6 (4), (ב) 6 (1), (ג) 6 (1).

הרכב הרכב: לא, מע' EBA: לא, מע' CBS: לא, מע' ASC: לא, מע' ABS: כן



20436240419852500036202

אנו מאשרים בשם המבטחים כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה, מוצאת לפי הוראות הפקודה
מאגר הישראלי לבטוח רכב וה"פוליסה

365

09:53

19/12/24

5,362.00

סה"כ
דמי ביטוח

יס ושעת הוצאה

מספר ימי ביטוח

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

גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 2001 האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהג: _____, שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל
של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: _____, מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב
הוא: _____, מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: _____, רכב בבעלות "פרטית" או בבעלות "אחרת" _____.

עמוד 1 מתוך 8

034136945

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התביעה

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

שם פרטי

שם משפחה

034136945

נר

סה נר

דואר אלקטרוני

טלפון נייד

טלפון קווי

10545695865

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

מס' זהות איש קשר

שם פרטי איש קשר

שם משפחה איש קשר

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

מען למכתבים – אם ישנה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד

2

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

שכר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם משפחה

תפקיד התובע במקום העבודה

ישיב זסקי

שם מעסיק/מפעל

ח"ר"ת פתח תקווה

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

נח תקווה

הח"ר תמ"ה

מספר פקס

טלפון נייד

טלפון קווי

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה ☒ לא ☐ כן פרט _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק ☒ לא ☐ כן פרט _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

סוג העיסוק

שם העסק

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

טלפון פקס

טלפון נייד

טלפון קווי

7 פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה.

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

ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה

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

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
עד שעה	משעה		עד תאריך	מתאריך	
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
עד שעה	משעה		עד תאריך	מתאריך	
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלה ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו

☐ משעה _____ עד שעה _____

☐ עבודה במשמרות

8

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

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה x _____

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

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שירות רפואי)

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

זוהר, אהרן, נתן, ירון, חן, וכלי

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
שנה חודש יום שעה

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו? שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה
שבה טופלתי או אני מטופל

תחום המומחיות

שם הרופא

ר"ר מסייעים רטאלי

5 סוג התאונה בהקשר התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס 733: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

03 741 2358

אזר, איהל, ער"ר, אהרן, חן, וכלי

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר
☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

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

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל
כתובת מס' טלפון
מס' פקס דואר אלקטרוני

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

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

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

1

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

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

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

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

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההצאה לצאת	תפקידו
_____	_____	_____	_____

שעת היציאה _____ שעת החזרה הצפויה _____

☐ תאונה בבית: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____
☐ פגיעה בדרך לעבודה: _____
באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

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

2

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

עיריית פתח-תקוה _____

תאריך תחילת עבודה: 01-07-2001 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי _____

היקף המשרה ב- % _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

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

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

החודש, סלול חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	הערה:
		יומי	חודשי	השכר החייב בדמי ביטוח כולל תשלומים נוספים המיוחסים לחודשים הנדרשים לאחר הפעלת כללי הפריסה של "תשלום נוסף" כהתאם לתקנות שיטת דיווח זו אושרה ע"י המוסד לביטוח לאומי
חודש 12/2024	25.00	☒	☐	20752
חודש 01/2025	25.00	☒	☐	20943
חודש 02/2025	25.00	☒	☐	21147
חודש 03/2025	25.00	☒	☐	21220

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

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

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

שם בית התאונה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טאפס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לביחור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ תאריך 18/6/25 שם ותפקיד החותם: _____ חתימת המעסיק: _____ חתימה וחתימת: _____

3

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

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

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

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

(שם הקרן)

4

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

עיריית פלמחים
מחלקת משכר
חתימה וחותמת

חתימה וחותמת

שם החותם: אברהם

תפקיד החותם: מנהל תאריך: 18/6/25

5

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

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

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

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

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

קיבוצ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

לשימוש									
פנימי									
בלבד									
(סריקה)									
מס' זהות									
סוג									
דפים המסמך									
16									

פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה 18-06-2025

שם המעסיק	מס' תיק ניכויים
עיריית פתח-תקוה	924000311800

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
זהרור	נורי	034136945

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי/ ימים / שעות	פירוט הבסיס (חודשי/ ימים/ שעות)
ינואר	22819	1101	998	2099	100.00%	חודשי	25.00
פברואר	24306	1205	1072	2277	100.00%	חודשי	25.00
מרץ	22836	1102	999	2101	100.00%	חודשי	25.00
אפריל	23000	1114	1007	2121	100.00%	חודשי	25.00
מאי	23093	1120	1012	2132	100.00%	חודשי	25.00
יוני	22989	1113	1007	2120	100.00%	חודשי	25.00
יולי	20733	955	894	1849	100.00%	חודשי	25.00
אוגוסט	21811	1030	948	1978	100.00%	חודשי	25.00
ספטמבר	21575	1014	936	1950	100.00%	חודשי	25.00
אוקטובר	21260	992	920	1912	100.00%	חודשי	25.00
נובמבר	20744	956	894	1850	100.00%	חודשי	25.00
דצמבר	20752	956	895	1851	100.00%	חודשי	25.00

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחדים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

עיריית פתח תקוה
מחלקת שכר

חתימה וחותמת המעסיק

חילן טק בע"מ
שם בית התוכנה/לשכת השירות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

לשימוש	
פנימי	
בלבד	
(סריקה)	
מס' זהות	
סוג	
דפים המסמך	
16	

פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה 18-06-2025

שם המעסיק	מס' תיק ניכויים
עיריית פתח-תקוה	9 2 4 0 0 3 1 8 0 0

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
זהרור	נורי	0 3 4 1 3 6 9 4 5

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי / ימים / שעות	פירוט הבסיס (חודשי / ימים / שעות)
ינואר	20943	1018	935	1953	100.00%	חודשי	25.00
פברואר	21147	1032	947	1979	100.00%	חודשי	25.00
מרץ	21220	1036	950	1986	100.00%	חודשי	25.00
אפריל	22396	1119	1012	2131	100.00%	חודשי	25.00
מאי	22794	1147	1033	2180	100.00%	חודשי	25.00
יוני							
יולי							
אוגוסט							
ספטמבר							
אוקטובר							
נובמבר							
דצמבר							

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחדים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

עיריית פתח תקוה
מחלקת שכר

* מספר ימים/שעות- נתון המסכם את סה"כ ימים/ שעות העבודה בחודש כולל ימי/ שעות חופשה.

חתימה וחתימת המעסיק

חילן טק בע"מ
שם בית התכונה/לשכת השירות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

27/03/2025
שנה חודש יום

03413645

60

שם פרטי

שם משפחה

נרי

סקר

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

הצהרה

2

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

תאריך 27/03/2025 חתימת המבוטח * נרי