



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוקטובר 2025
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף תביעות עבודה

א.ג.נ שלום רב,

הנפגע: עופר אהרוני, ת.ז. 051204139
תאונה מיום 12/3/2025

1. בהמשך למכתבכם מצ"ב מענה מרשי חתום על ידו.
2. כאמור, מרשי טרם חזר לעבודה מלאה מאז התאונה ותוצאותיה.
3. לא בוצעה פנייה למשטרה. התיעוד הרפואי צורך לטופס התביעה.
4. מצ"ב העתק הפניה הראשונה לאחר התאונה.
5. לעיונכם והמשך טיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין



דף 2 מתוך 3

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי מספר תיק: 05120413-9

בת ים

מחלקת נפגעי עבודה

1. התאונה אירעה בתאריך: 12/03/25 בשעה: לפני קצנת ימים בשבוע: י"א כ"ח
מקום התאונה המדויק: דואר ארץ ופסח הבלום פנה ימיה כיוון מדר
2. נפגעתי בהיותי: ☐ הולך רגל ☒ נהג רכב ☐ נוסע ברכב
3. האם היה מעורב בתאונה כלי רכב? ☐ לא ☒ כן, סוג הרכב: מ' צ'קס
מספר הרכב: 1163/03 שם הנהג: אמא א/ב חן
מס' פוליסת הביטוח: _____ חברת הביטוח: ג'ילוט ונסור
4. התאונה טופלה ע"י תחנת המשטרה ב 15 מס' התיק _____
5. הרכב: ☐ היה בבעלות מקום העבודה ☐ הסיע עובדים ☒ היה בבעלות פרטית
6. האם ברכב היו נוסעים נוספים? ☐ לא ☒ כן, ופרטיהם:
שם הנוסע: אסא יואל כתובת: נאח קול - חלמית
שם הנוסע: _____ כתובת: _____
7. מה יעד / מטרת הנסיעה של הנוסעים הנוספים?
הקאה ממשרד' א"י ע"י הלהות
8. האם היו נוכחים בשעת התאונה עובדים או עדים נוספים? ☐ לא ☐ כן, ופרטיהם:
שם העד: _____ כתובת: _____
שם העד: _____ כתובת: _____
9. הוגשה לי עזרה רפואית ע"י: ☐ מד"א ☐ קופ"ח ☐ חדר מיון ☒ אחר א/ב/כ 16-3
10. העובד הראשון שהודעתי לו על התאונה הוא { שם + שם משפחה }: _____
שתפקידו/ה: _____ בתאריך: 1/1 בשעה: _____
11. בזמן התאונה הייתי: ☐ בדרך לעבודה יש לענות רק על שאלה 12
☒ במהלך העבודה יש לענות רק על שאלה 13
☐ בדרך מהעבודה יש לענות רק על שאלה 14
12. התאונה אירעה בדרך לעבודה:
כתובת מגורי: שם היישוב: _____ שם הרחוב ומס' הבית: _____
ביום התאונה עבדתי: ☐ במקום העבודה הקבוע ☐ מחוץ למקום העבודה הקבוע
כתובת מקום העבודה בתאריך הפגיעה: _____



דף 3 מתוך 3

שם היישוב: _____

שם הרחוב ומס' הבית: _____

פירוט המסלול בין מקום הלינה לבין מקום העבודה: _____

האם התאונה אירעה במסלול הנ"ל? ☐ כן ☐ לא, מהסיבה הזו: _____

ביום התאונה היה עליי להתחיל את העבודה בשעה: _____

שעות עבודתי הקבועות הן משעה: _____ עד שעה: _____

אני עובד במשמרות: ☐ לא ☐ כן, ביום התאונה עבדתי במשמרת המתחילה בשעה: _____

13. התאונה אירעה בשעות העבודה:

יצאתי לנסיעה מ: מס' 111 ו/או מס' 111 נסיעתי הייתה: כניסה ע"י קליה קסטיווה

עזבתי את מקום העבודה בשעה: 11:30 והיה עלי לחזור בשעה: _____

את ההוראה לביצוע הנסיעה קיבלתי מ {שם+שם משפחה}: _____

שתפקידו/ה: _____

14. התאונה אירעה בדרך ממקום העבודה:

ביום התאונה סיימתי את העבודה בשעה: _____

העבודה במקום העבודה/משמרת מסתיימת בשעה: _____

הסיבה לעזיבת מקום העבודה לפני סיום העבודה הייתה: _____

את האישור לעזיבה מוקדמת קיבלתי מ {שם + שם משפחה}: _____

שתפקידו/ה: _____

פירוט המסלול ממקום העבודה הביתה: _____

15. חזרתי לעבודה:

חלקית בתאריך: 24.08.21

מלאה בתאריך: 11

טרם חזרתי לעבודה מהסיבה הבאה: _____

הערות: _____

תאריך: 11 חתימה: _____

תאריך: 16/03/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



020535

ד"ר קורן יצחק

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-5284244

כתובת: שד' בן ציון 10, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: אהרונ	שם פרטי: עפר שלום	ת.ז.: 51204139
ת.לידה: 23/03/1952	מין: ז	טלפון: 0504040024	טל.עבודה/נייד: 0504040024
כתובת: ציהתל"י 2, תל אביב - יפו	מיקוד: 6808647		

תמצית הביקור מתאריך 16/03/2025 בשעה 15:39

תאריך הביקור: 16/03/2025

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
FAMOTIDINE TEVA 40MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. FAMOTIDINE TEVA 40MG X 30 < 10 Units > [35693] TAB. GASTRO 40MG X 30 < 10 Units > [40128]
BREXIN 20MG X 20	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 10 ימים.	* TAB. BREXIN 20MG X 20 < 10 Units > [5853]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון רנטגן: צילום עמוד שדרה צווארי FLEXION AND EXTENSION, עמוד שדרה צווארי 2 צילומים (AP+LAT)		
הפניה	מכון פיזיותרפיה		