

MICHAL BRAND, ADV.
EINAT BRODNY, ADV.
PNINA KHAI-KHAI, ADV.
AVIAD TERANI, ADV.

מיכל ברנד, עורכת דין
עינת ברודני, עורכת דין
פנינה חי-חי, עורכת דין
אביעד טהרני, עורך דין

תאריך: 29/10/25
מספרנו: 802656/0

במייל

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג ואח'

ח.ג,

הנדון: ת.א. 26475-01-25 בימ"ש שלום הרצליה
קרינאוי אמיר נ' מפעל פולימר גבולות בע"מ ואח'

1. הננו מייצגים את הנתבעות בתביעה הנדונה.
2. נודה באם תורה למרשך לפעול כדלקמן:
 - א. גלות בתצהיר מהם המסמכים המצויים ברשותו ו/או בשליטתו והנוגעים לעניין הנדון.
 - ב. ליתן תצהיר תשובות לשאלון הרצ"ב.
 - ג. לחתום על טופס וס"ר הרצ"ב.
 - ד. להמציא את תצהיר התשובות לשאלון שעליו לצרף לכתב התביעה בהתאם לתקנות.
3. להלן המסמכים אשר מצויים ברשותם ו/או בשליטתם של מרשינו ואשר יש להם נגיעה לעניין הנדון:
 - כתבי בי דין על נספחיהם.
 - התכתבויות.
 - התכתבות עם הלקוח (חסוי)
 - דו"ח חקירה (הוזמן לצורך הכנת הגנה – טרם התקבל) – במידה ויחיה צורך לערוך שימוש בחקירה או חלק ממנה תוגש בקשה לביהמ"ש לגילוי מאוחר לאחר פרשת התביעה).
 - תיעוד רפואי (באיסוף)
4. נבקשכם לראות ברשימה דלעיל תצהיר גילוי מסמכים לכל דבר ועניין. מרשתי שומרת על זכותה להוסיף מסמכים לרשימה במידה ויתקבלו בידה.
5. בתודה מראש.

בכבוד רב,
מ. ברנד, עו"ד

802656/0/43 /פנייה ראשונית לבי"כ התובע - קרינאוי/אנ

שאלון – נזקי גוף

התובע/ת מתבקש/ת לענות על השאלון

1. תאר את מצבך המשפחתי במועד התאונה וכיום.
2. מהי כתובת מגוריך הקבוע המדויקת?
3. צייני/י שמות כל הרופאים ו/או המוסדות ו/או המכונים שטיפלו בך עובר לתאונה הנטענת ועד היום הן במגזר הציבורי והן במגזר הפרטי תוך התייחסות לגורמים המטפלים בגין התאונה הנטענת? נא צייני/י כתובתם המלאה.
4. א. האם חלית במחלות כלשהן (פרט למחלות קלות) מטרם התאונה נשוא כתב התביעה ועד היום? נא פרטי.
ב. האם נקבעה לך נכות כלשהי בגין כל אחת מהמחלות המפורטות בסעיף קטן א' לעיל? נא לצרף את הקביעות בדבר הנכויות כאמור.
5. באילו תאונות היית מעורב טרם התאונה הנטענת ולאחריה? נא לצרף לעניין כל אחת מהתאונות חוות דעת שניתנו על ידי גורם כלשהו – לרבות מל"ל ומומחים רפואיים.
6. אלו הפרעות ומגבלות הנך סובל/ת כיום כתוצאה מהתאונה נשוא כתב התביעה.
7. מה היה מצב בריאותך לפני התאונה נשוא כתב תביעתך (להלן "התאונה").
8. א. האם נקבעה לך נכות כלשהי - זמנית או צמיתה - בגין התאונה נשוא התביעה? נא לצרף את הקביעה הרלוונטית.
ב. האם קיבלת ו/או הנך מקבלת תמלוגים כלשהם בגין הנכות שנקבעה לך? פרט תוך התייחסות לגורם המשלם וסכום הפיצוי.
9. מה מהות שירותך הצבאי? נא התייחס בתשובתך תפקיד, מועד הגיוס והשחרור ושינוי בפרופיל הרפואי. רצ"ב טופס וס"ר המופנה למשרד הביטחון ונודה לחתימתך.
10. מה היה המקצוע שלך מאז כניסתך לשוק התעסוקה ועד היום תוך ציון תקופות בהן עסקת במקצוע הספציפי והסיבה לשינוי במקצוע ככל שהיה כזה? נא לצרף נתוני הכנסה מלאים משנתיים טרם התאונה הנטענת ועד היום.
11. האם חל שינוי בסוג/טיב/תפקיד בעבודתך לאחר התאונה הנדונה? נא להתייחס בתשובתך לסיבת השינוי.
12. כלום נכון הדבר שערב התאונה היו לך קשיים בביצוע פעילויותך מסיבות בריאותיות? נא פרט.
13. האם התאונה נשוא כתב התביעה ארעה בדרך לעבודה ו/או במהלך העבודה ו/או בדרך חזרה מהעבודה?
14. האם הגשת תביעה כלשהי (נכות עבודה/נכות כללית/שירותים מיוחדים/סיעוד/ניידות/אבטלה/הבטחת הכנסה/המשך טיפול/שיקום) לביטוח לאומי בגין התאונה ו/או ללא קשר לתאונה? נא פרט וצרף קביעות בדבר הזכאות/הנכות שנקבעו לך בכל אחת מהתביעות כאמור וכן מסמכים בדבר התקבולים ששולמו לך בכסף או בשווה כסף.
15. האם פנית למשרד הבריאות לקביעת אחוזי ליקוי לעניין מוגבלויות בניידות? נא לצרף את קביעות הגורמים ממשרד הבריאות.
16. מה הצעדים שננקטו על ידך לשיקום בריאותי ותעסוקתי לאחר התאונה הנדונה? נא פרטי.
17. מהן ההוצאות שנגרמו לך עקב התאונה? נא פרט וצרף את האסמכתאות בגין ההוצאות כאמור.
18. האם קבלת עזרה מצד ג' לפני ו/או לאחר התאונה? נא פרטי.
19. איך קרתה התאונה נשוא התביעה? נא פרט את נסיבות התאונה שלב אחר שלב.

20. האם היו עדים לתאונה? נא פרטי פרטים מלאים של העדים.

21. האם נמסרה הודעה לגורם כלשהו בהתייחס לתאונה הנדונה? נא פרט תוך התייחסות לסוג הגורם.
נא לצרף את העתק ההודעה.

תאריך: _____

לכבוד
משרד הביטחון
היחידה לפניות ותלונות הציבור
רח' קפלן 37
תל אביב 61909

ג.א.נ.,

הנדון: כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מספר אישי בצה"ל
_____	_____	_____	_____
שם האב	רחוב	מספר	עיר
_____	_____	_____	_____
			מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי או למוסד רפואי או למוסד לביטוח לאומי או לצבא הגנה לישראל או למשרד הביטחון למסור למבקשים עו"ד מ. ברנד ו/או איילון חברה לביטוח בע"מ ו/או מנורה חברה לביטוח בע"מ ו/או ערן מור שירותי איסוף מידע ו/או תיקל שירותי איתור ואיסוף מידע ו/או מדיטון א.ח.ר. (להלן: "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרשו המבקשים על מצב בריאותי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, ואני משחרר בזה אתכם או כל רופא מרופאיכם או כל עובד רפואי אחר מעובדיהם או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי אליכם 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 מידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים או רופאיהם או עובדיהם או מי מטעמם או נותני השירותים הנ"ל.

חתימה

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם התובע: _____ מספר הזהות: _____

שמות קודמים: _____

מרחוב _____

- נגד -

שם הנתבע: _____ מספר הזהות/ ח.פ: _____

מרחוב _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה _____, מספר תעודת זהות: _____, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות לרופא, לגוף סיעודי או שיקומי, קופת חולים ובית חולים, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הביטחון, לצבא הגנה לישראל, ליחידה הרפואית לעובדי המדינה, למרפאות בריאות הנפש, לשרות בתי הסוהר (להלן - המוסדות), למסור לנתבעים או לאחד מהם או למי מטעמם כל עותק מכל מסמך רפואי שברשותם, בלא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע בתחומים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים (מחק את המיותר), על מצבי הסיעודי, השיקומי והתפקודי; לעניין הליך זה, ולמעט מידע אחר מיותר כדלקמן: _____.

הריני משחרר ופוטר אתכם או את עובדיכם או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או מחלותיי האמורים ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע האמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את יורשיי, את מנהל עובוני, את באי כוחי וכל מי שיבוא במקומי.

שם החותם (במקרה של אדם שמונה לו אפוטרופוס יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר תעודת זהות: _____

כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

פרטי העד לחתימה: (רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, סוכן ביטוח, מורשה חתימה בבנק)

תפקיד: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר תעודת

זהות: _____

כתובת: _____

מספר רישיון: _____

תאריך: _____ חתימה וחתימת: _____

* בתביעות עיזבון יש לצרף טופס זה בשינויים המחויבים.