



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

באתר  
מבלי לפגוע בזכויות

נובמבר 06 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 מכתבי שנשלח במענה מלא וחתום על ידי מרשי.
2. כן, מצ"ב הצהרה מלאה בדבר שעות העבודה.
3. אודה לעיונכם והמשך טיפולכם המסור בתביעת מרשי.

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



**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 ופסד הכנסות 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 ח'י  
מס' פוליסת הביטוח: \_\_\_\_\_ חברת הביטוח: ג'ילומ 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 קלו - 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: \_\_\_\_\_

עזבתי את מקום העבודה 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: \_\_\_\_\_

מלאה בתאריך: \_\_\_\_\_

טרם חזרתי לעבודה מהסיבה הבאה: \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ 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]<br>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                                                                               |        |          |



דף 2 מתוך 2

מספר תיק: 05120413-9

לכבוד:  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף בת ים  
מחלקת נפגעי עבודה

הצהרה

אני מר עופר שלום אהרוני מספר ת.ז. 51204139  
נפגעתי בעבודה בתאריך 12/03/2025 ומצהיר בזאת:  
שעות עבודתי הרגילות לפני הפגיעה היו משעה 08<sup>30</sup> עד שעה 18<sup>00</sup>  
מתאריך 12/03/25 עד תאריך 20/08/25 לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה.  
מתאריך 20/08/25 עד תאריך 04/11/25 עבדתי 3 שעות בכל יום.  
לא חזרתי לעבודה מלאה  
מתאריך 04/11/25 עד תאריך 01/12/25 עבדתי 1 שעות בכל יום.  
בתאריך 01/12/25 חזרתי לעבודה מלאה.

שים לב:

יש להתייחס לכל האפשרויות המתאימות.  
תאריך: 01/12/25 חתימה: