

שגיא, שיפמן, אמסלם - משרד עורכי-דין
SAGI, SHIFMAN, AMSELLEM - LAW OFFICE

AVI L. AMSELLEM,	ADV.	חיפה, שד' פליים 2, חלונות הסיטי, בנין ברוש	עו"ד	אבי ל. אמסלם,
OFER SAGI,	ADV.	Haifa, 2 Pal-Yam Av., Halonot Hacity	עו"ד	עפר שגיא,
TAL YOGEV-SHITZER,	ADV.		עו"ד	טל יוגב-שיצר,
MAYA LESHEM	ADV.	טל: (רב קווי) +972 -4 -8669933	עו"ד	מאיה לשם,
SOFIA LEVINSKY	ADV.	Fax. +972 -4 -8672923	עו"ד	סופיה לוינסקי,
KORAL ASHKENAZI	ADV.	E-mail: office@ams-sag.co.il	עו"ד	קורל אשכנזי,
CHRISTINE ZEIBAK	ADV.	<u>מען למכתבים</u> : ת.ד. 657 מיקוד 3309502, חיפה	עו"ד	כרסטין זייבק,
AYELET HAIMOV	ADV.		עו"ד	איילת חיימוב
BEZALEL SAGI, ADV	Founder		מייסד	בצלאל שגיא, עו"ד
BARUCH SHIFMAN, ADV	Founder		מייסד	ברוך שיפמן, עו"ד

דצמבר, 2025

601/1/1419/28315

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
רח' אבא הלל 7
רמת גן

ח.נ.

הנדון: ת.א. 41561-03-25 בבהימ"ש השלום בטבריה
יחיאל שמו נ' קרנית ואח'

1. רצ"ב כתבי ויתור על סודיות, ונודה על החזרתם חתומים ומאומתים כדין.
2. בהתאם לתקנה 57 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט-2018, מרשך נדרש כדלקמן:
 - א. לגלות **בתצהיר** את כל המסמכים הנוגעים לעניין הנדון, המצויים או שהיו מצויים ברשותו או בשליטתו, במועדים הקבועים בתקנות.
 - ב. להשיב **בתצהיר** על השאלון המצ"ב, במועדים הקבועים בתקנות.
3. כמו כן, בהתאם לתקנה 58 לתקסד"א, נבקש **עיון ספציפי**, במסמכים כדלקמן:
 - א. תלושי שכר ו/או טפסי 106 של מרשך, חצי שנה עובר לתאונה ועד היום.
 - ב. פירוט כל התשלומים ששולמו ו/או משתלמים למרשך מגופים שונים (חברות הביטוח, מל"ל וכד') מאז התאונה ועד היום.
 - ג. פירוט כל התאונות בהם היה מעורב מרשך ובכלל זה, פירוט כל התביעות שהוגשו, הנכויות שנקבעו והתשלומים ששולמו.
 - ד. דו"ח מד"א מיום התאונה.

נודה על קבלת המבוקש במועדים הקבועים בתקנות.

בכבוד רב,
א. אמסלם, עו"ד

לוטה:

שאלון

אל: יחיאל שמו, ת.ז. 32372849
התובע בת.א 41561-03-23 בבית משפט השלום בטבריה.

מאת: קרנית – קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
הנתבעת 3 בתיק הנ"ל.

1. נא ציין מס' תעודת זהות, תאריך לידה מדויק, כתובת, מצבך המשפחתי במועד התאונה ומצבך המשפחתי כיום.
2. האם שירת בצבא ההגנה לישראל? אן כן – נא פרט את מספרך האישי, הפרופיל שנקבע, מועד הגיוס ומועד השחרור. אם לא – נמק את הסיבה בגינה ניתן פטור משירות צבאי.
3. האם שוחררת שחרור מוקדם מצה"ל עקב סיבות רפואיות ו/או נפשיות כלשהן? אם כן – פרט את הסיבות והליקויים בגינם שוחררת.
4. נא ציין פרטי קופת החולים ותחנות לבריאות המשפחה (טיפת חלב) בהן היית ו/או הינך חבר (בעבר ובהווה).
5. נא ציין אשפוזים וטיפולים בעבר ובהווה בגין האירוע שבנדון, ובכלל זה, פרטי בתי החולים, המועד, סיבת האשפוז/הטיפול, מהות הפגיעה והנכות שנקבעה גינה.
6. האם אירעה לך תאונה כלשהי ו/או חלית במחלה כלשהי (למעט הצטננות וכיו"צ) ו/או נפצעת באירוע לפני התאונה נשוא תביעה זו ו/או לאחריה.
7. נא ציין תרופות שאתה נוטלת באופן קבוע, המועד בו התחלת ליטול כל אחת מהתרופות והסיבה בגינה הינך נוטל כל תרופה.
8. האם טופלת לפני התאונה נשוא תביעה זו ו/או לאחריה אצל פסיכולוג ו/או פסיכיאטר? אם כן – פרט בגין איזו בעיה/מחלה, מה המועד בו אובחנה ומהם אחוזי הנכות שנקבעו בגינה.
9. האם היית מעורב בתאונות נוספות לפני התאונה שבנדון ו/או אחריה? אם כן – פרט את נסיבות התאונה, מתי אירעה, מה טיב הפגיעה והאם נקבעו נכויות בגינה?
10. האם הגשת בעבר תובענות קודמות לחברת ביטוח או לביהמ"ש לפיצויים בגין נזקי גוף. אם כן – פרט.
11. פרטי את נסיבות התאונה נשוא כתב התביעה, מקום האירוע ואת שמות העדים לתאונה?
12. האם התאונה דווחה למשטרה. אם כן – מתי ועל ידי מי? אם לא – מדוע התאונה לא דווחה.
13. נא פרט את מוסדות החינוך בהם למדת, ובכלל זה, את התקופות שלמדת בכל אחד מהם.
14. מה היה מקצועך לפני התאונה? נא ציין את השתכרותך בכל אחת משלוש השנים שקדמו לתאונה. נא צרף תלושי שכר ו/או דו"חות שומה.
15. נא פרט את כל מקומות העבודה בהם עבדת (לפני האירוע ולאחריו), תקופת העבודה והתפקיד.
16. האם נעדרת מהעבודה בעקבות התאונה שבנדון. אם כן – פרט את תקופת ההיעדרות, צרף תעודות "אי כושר" ו/או "אישור מחלה" המצויים ברשותך.
17. נא ציין את המועד המדויק בו חזרת לעבודה לאחר התאונה, ולאיזה תפקיד?
18. האם בתקופת היעדרותך המשכת לקבל שכר מן המעביד?
19. מהם עיסוקיך כיום ומקורות הכנסתך כיום – נא פרט.

20. האם נעדרת מהעבודה עקב תאונות קודמות ו/או מאחרות לתאונה שבנדון. אם כן - פרט את תקופת ההיעדרות, המועדים בהם נעדרת וצרף תעודות "אי כושר" ו/או "אישור מחלה" המצויים ברשותך.
21. האם התאונה נשוא תביעה זו אירעה תוך כדי העבודה ו/או בדרך לעבודה ו/או בדרך מהעבודה? אם כן – האם פנית למל"ל בבקשה כי המקרה יוכר כ"תאונת עבודה"? פרט את הנכונות הזמניות שנקבעו, הנכונות הצמיתות ואת כל התשלומים שהשתלמו לך מהמל"ל. אם לא פנית למל"ל – נא פרט את הסיבה.
22. האם משתלמת לך קצבה ו/או פנסיה מקרן פנסיה ו/או ממעביד ו/או מחברת ביטוח ו/או מקרנות למיניהן ו/או ממקור אחר בגין התאונה שבנדון? אם כן – פרט את מקור התשלומים וסכום הקצבה.
23. האם משתלמת לך קצבה ו/או פנסיה מקרן פנסיה ו/או ממעביד ו/או מחברת ביטוח ו/או מקרנות למיניהן ו/או ממקור אחר בגין מחלה ו/או תאונה אחרת – נא פרט.
24. נא פרט את כל הוצאות (כולל הוצאות נסיעה וטיפולים) שהיו לך עקב התאונה. נא צרף מסמכים.

16 פס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני הח"מ: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות של משרד הבריאות ו/או מדינת ישראל ו/או קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ו/או למחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי ו/או לפקיד השיקום של המוסד לביטוח לאומי או פקיד השיקום של בתי"ח וכל גוף אחר ו/או לצה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למחלקת הרווחה והשירותים החברתיים ברשות המקומית ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או לכל עובד של חברות הביטוח למסור לעוה"ד: **א. אמסלם ו/או ע. שגיא ו/או ט. יוגב שיצר ו/או מ. לשם** ולכל מי מטעמן ו/או ל: _____ (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות כל הליכי שיקום וכל דו"חות שיקום וכל דו"חות ועדות רפואיות וכל תיקי שיקום של המוסד לביטוח לאומי וכל גוף אחר, וכל מסמכים ללא יוצא מן הכלל המתייחסים למצב בריאותי בעבר ובעתיד, ולרבות כל מסמך הכולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או פקיד השיקום של המוסד לביטוח לאומי ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי"ח כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, ו/או עובדי חברות הביטוח וכן צה"ל ומשרד הביטחון, ו/או עובדי מחלקות הרווחה והשירותים החברתיים ברשויות המקומיות ו/או עובדים סוציאליים מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או הפסיכיאטרי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם לי ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או למי מרופאיהן ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שלהן ו/או כלפי חברות הביטוח ו/או עובדיהן ו/או כלפי צה"ל או משרד הביטחון, ו/או כלפי הרשויות המקומיות ו/או עובדיהן 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 סוציאלי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או מחלקות השיקום של המוסד לביטוח לאומי ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם כולל רופאים ו/או עובדים של בתי"ח פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או סיעודיים ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים למיניהם ו/או חברות הביטוח ו/או צה"ל ו/או משרד הביטחון ו/או מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות ו/או מי מטעמן.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ב'

שם קופ"ח _____ סניף _____ מס' חבר _____ שם המוסד _____ שמות נותני השירותים:

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

מס' אישי בצה"ל _____ קופ"ח קודמת _____ מרפאה קודמת _____
 במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
 תאריך _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המוסד לביטוח לאומי

א.נ.,

אני הח"מ _____, ת.ז. _____, נותן בזה רשות לעובד רפואי או למוסד לביטוח לאומי או לצבא הגנה ישראל או למשרד הביטחון למסור למבקש את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרוש המבקש, על מצב בריאותי או שיקומי על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, ואני משחרר בזה אתכם או כל רופא מרופאיכם או כל עובד רפואי אחר מעובדיכם או כל מוסד ממוסדיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך

חתימה

השם

מס' ת.ז.

במקרה של קטין:

שם האב:

מס. ת.ז.:

חתימה:

שם האם:

מס. ת.ז.:

חתימה:

שם הקופה:

סניף:

מס' פנקס חבר:

שם הרופא המטפל:

שם העד לחתימה:

חתימת העד