



לכבוד

AIG חברה לביטוח בע"מ  
מחלקת תביעות חובה  
באמצעות דוא"ל

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ. שלום רב,

הנדון: **תאונה מיום 4.2.25**

**מס' רכב: 513-89-501**

**הנפגעים: אביטל שרעבי, ת.ז. 301258299**

**עמית שרעבי, ת.ז. 300683067 והקטינים**

הנני מייצג את מרשיי שבנדון ואת ילדיהם הקטינים שנפגעו מחמת תאונה בה נפגעו, והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 04.02.25, בשעה 20:21, או בסמוך לכך, ברחוב דב לאוטמן בכפר סבא, עת נהג עמית ברכב הנושא מ.ר. 513-89-501 (להלן: "**הרכב**"), עם אשתו אביטל וילדיהם הקטינים: נעם, ת.ז. 236584439. אליה, ת.ז. 226982155. אריאל, ת.ז. 342159811 היו מעורבים בתאונה ונחבלו בגופם (להלן: "**התאונה**").



רצ"ב טופס הודעה למשטרה וביטוח חובה, מסומנים "**כנספח 1**".

עמית:

2. לאחר התאונה החל מרשי לסבול מכאבי צוואר, הוא פנה לביתו, מתוך מחשבה שמדובר בכאב רגעי וחולף ובהתחשב בעובדה שהיה ברכב עם ילדיו הקטינים, בבית הוא לקח משככי כאבים והלך לישון.

3. במהלך הלילה סבל התובע מכאבים בצוואר ובגב, בבוקר הוא פנה למרכז הרפואי "מאיר" בכפר סבא, בבדיקה קלינית נמצא כאבים והגבלה בטווחי הצוואר והוא שוחרר לביתו בהנחיה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

4. מרשי המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, הוא טופל בנטילת טיפול תרופתי לשיכוך כאב ומנוחה.

רצ"ב תעודת חדר מיון, מסומנת "**כנספח 2**".

5. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה סבל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים הוא נזקק לנטילת משככי כאבים וקבלת טיפול רפואי ויזדקק לכך גם בעתיד.

6. בעטייה של התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשי בניהול משק בית, הוא נזקק לעזרת הזולת באופן מוגבר ויזדקק גם בעתיד.

7. מחמת התאונה ותוצאותיה, נזקק מרשי להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות.

#### אביטל:

8. לאחר התאונה סבלה מרשתי מכאבים והגבלה בצוואר, גם היא חזרה לביתם בתקווה שמדובר בכאב חולף, למחרת היום משלא חלפו הכאבים ואף התגברו, היא פנתה לקבלת טיפול רפואי בקהילה, שם טופלה שהיא סובלת מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר המקרינים לשכמות, היא הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה והונחתה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

9. מרשתי ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה שכוונו לכתפיים ולצוואר, הטיפולים היטיבו במקצת את כאבה, אך המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והכתפיים, היא המשיכה במעקב רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספה 3".

10. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה סבלה מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והכתפיים, מקושי בביצוע תפקודים יומיומיים היא נזקקה לנטילת משככי כאבים, היא נזקקה לביצוע טיפולים רפואיים ותזדקק גם בעתיד.

11. מחמת התאונה ותוצאותיה נאלצה מרשתי להיעדר מעבודתה, הן לצורך טיפוליה והן להשגחה על ילדיה הקטינים כדלקמן, היא נזקקה להפוגות ממושכות במהלך עבודתה, נגרמו לה הפסדי שכר וצפויים לה הפסדי שכר בעתיד.

12. בעטייה של התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשתי בניהול משק ביתה, היא נזקקה לעזרת הזולת באופן מוגבר ותזדקק גם בעתיד.

13. מחמת התאונה ותוצאותיה, נזקקה מרשתי להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות.



#### אריאל

14. פנה בליווי אמו לבדיקה בקהילה, בבדיקתו נמצאה רגישות בגב תחתון, לאחר ששוחרר לביתו, הוא נזקק לנטילת משככי כאבים ולמספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילו.

רצ"ב תעודה רפואית, מסומנת "כנספח 4".

#### אליה

15. פנה בליווי אמו לבדיקה בקהילה, בבדיקתו נמצאה רגישות בישבן, לאחר ששוחרר לביתו, הוא נזקק למספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילו.

רצ"ב תעודה רפואית, מסומנת "כנספח 5".

#### נעם

16. פנה בליווי אמו לבדיקה בקהילה, בבדיקתו נמצאה רגישות בגב, לאחר ששוחרר לביתו, הוא נזקק למספר ימי השגחה מיוחדת, יותר מהמקובל בקרב בני גילו.

רצ"ב תעודה רפואית, מסומנת "כנספח 6".

17. בנסיבות המתוארות לעיל, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות ומינוי מומחים רפואיים לקביעת נכות אהיה מוכן להמליץ בפני מרשיי על סילוק תביעתם תמורת פיצוי כולל לכולם בסך 65,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

**בכבוד רב ובב"ח,**

**אריאל פרייברג, עו"ד**



# תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

| שם המסמך                                                        | עמוד               |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|
| <a href="#">נספח 1: טופס משטרה ותעודת חובה</a> (עמודים 6 עד 15) | <a href="#">6</a>  |
| <a href="#">נספח 2: תיעוד רפואי עמית</a> (עמודים 17 עד 18)      | <a href="#">17</a> |
| <a href="#">נספח 3: תיעוד רפואי אביטל</a> (עמודים 20 עד 24)     | <a href="#">20</a> |
| <a href="#">נספח 4: תיעוד רפואי אריאל</a> (עמודים 26 עד 26)     | <a href="#">26</a> |
| <a href="#">נספח 5: תיעוד רפואי אליה</a> (עמודים 28 עד 28)      | <a href="#">28</a> |
| <a href="#">נספח 6: תיעוד רפואי נעם</a> (עמודים 30 עד 30)       | <a href="#">30</a> |
| <a href="#">נספח 7: יפוי כח ווסר מלא</a> (עמודים 32 עד 45)      | <a href="#">32</a> |



נספח 1 :

טופס משטרה ותעודת חובה

(עמודים 6 עד 15)



## הודעה על תאונת דרכים

משטרת ישראל - אגף התנועה  
מספר בקשה: 596959

## כללי

שדות המסומנים בכוכבית (\*) הם שדות חובה

האם גילך מעל 18 שנה?

כן ☒לא ☐

האם היית מעורב בתאונה?

כן ☒לא ☐

האם אתה/את נהג/נהגת חדש/חדשה?

כן ☐לא ☒

האם היו נפגעים בתאונה?

כן ☒לא ☐

ידוע לי כי במילוי ושליחת טופס זה אני מגיש תלונה רשמית על עבירה למשטרת ישראל ויראו את הודעתי זו כאילו נמסרה לשוטר. אני מודע לחובתי לומר אמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן. במידה ויחסרו פרטים או מסמכים, הדבר עלול לעכב את הטיפול בדיווח.

קראתי והבנתי וברצוני להמשיך ☒

## פרטי מדווח התאונה

## פרטי מדווח התאונה

שייכות המעורב לאירוע

נוסע 

שם משפחה

שרעבי 

יישוב

עלי זהב 

מספר דירה

אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד

מאשר ☒לא מאשר ☐

שם פרטי

אביטל 

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)

301258299 

דואר אלקטרוני

avitalshar8@gmail.com 

מספר בית

4 

רחוב

תאנה 

טלפון נייד

054-3180333 

טלפון בית

054-3180333

טופלתי ב:

קיבלתי טיפול במוסד רפואי ☒

קופ"ח כללית

שעת הטיפול

14:00

שעת השחרור

15:00

תאריך קבלת הטיפול הרפואי

05/02/2025

תאריך שחרור

05/02/2025

האם נכחה משטרה באירוע?

כן ☐לא ☒

האם רכבך נגרר על ידי המשטרה?

כן ☐לא ☒

אני נהג רכב ציבורי וברכב בו נהגתי היה נוסע אשר נפגע בתאונה

האם היו מעורבים נוספים בתאונה?

כן ☒לא ☐

## פרטי מעורבים נוספים בתאונה

## מעורב בתאונה 1

שייכות המעורב לאירוע

נהג

שם משפחה

שרעבי

יישוב

מספר דירה

אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד

מאשר ☒לא מאשר ☐

טופל ב:

המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי ☒

ב"ח מאיר - כפר סבא

שעת הטיפול

11:00

שעת השחרור

12:00

תאריך קבלת הטיפול הרפואי

05/02/2025

תאריך שחרור

05/02/2025

## מעורב בתאונה 2

שם פרטי

עמית

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)

300683067

דואר אלקטרוני

רחוב

מספר בית

טלפון בית

054-3181333



| מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)         |  | שם פרטי                  | שייכות המעורב לאירוע                                              |
|--------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 342159811                            |  | אריאל                    | נוסע                                                              |
| דואר אלקטרוני                        |  |                          | שם משפחה                                                          |
|                                      |  |                          | שרעבי                                                             |
| רחוב                                 |  | מספר בית                 | יישוב                                                             |
|                                      |  |                          |                                                                   |
| טלפון בית                            |  | טלפון נייד               | מספר דירה                                                         |
|                                      |  |                          |                                                                   |
| אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד |  |                          | <input checked="" type="radio"/> מאשר                             |
|                                      |  |                          | <input type="radio"/> לא מאשר                                     |
| טופל ב:                              |  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי |
| קופ"ח כללית                          |  | תאריך קבלת הטיפול הרפואי |                                                                   |
|                                      |  | 05/02/2025               |                                                                   |
| שעת הטיפול                           |  | תאריך שחרור              |                                                                   |
| 14:00                                |  | 05/02/2025               |                                                                   |
| שעת השחרור                           |  |                          |                                                                   |
| 15:00                                |  |                          |                                                                   |

## מעורב בתאונה 3

| מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)         |  | שם פרטי                  | שייכות המעורב לאירוע                                              |
|--------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 226982155                            |  | אליה                     | נוסע                                                              |
| דואר אלקטרוני                        |  |                          | שם משפחה                                                          |
|                                      |  |                          | שרעבי                                                             |
| רחוב                                 |  | מספר בית                 | יישוב                                                             |
|                                      |  |                          |                                                                   |
| טלפון בית                            |  | טלפון נייד               | מספר דירה                                                         |
|                                      |  |                          |                                                                   |
| אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד |  |                          | <input type="radio"/> מאשר                                        |
|                                      |  |                          | <input checked="" type="radio"/> לא מאשר                          |
| טופל ב:                              |  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי |
| קופ"ח כללית                          |  | תאריך קבלת הטיפול הרפואי |                                                                   |
|                                      |  | 05/02/2025               |                                                                   |
| שעת הטיפול                           |  | תאריך שחרור              |                                                                   |
| 14:00                                |  | 05/02/2025               |                                                                   |
| שעת השחרור                           |  |                          |                                                                   |
| 15:00                                |  |                          |                                                                   |

## מעורב בתאונה 4

| מספר זהות (כולל ספרת ביקורת) |  | שם פרטי | שייכות המעורב לאירוע |
|------------------------------|--|---------|----------------------|
| 236584439                    |  | נעם     | נוסע                 |

|                      |                      |                                                                   |
|----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| דואר אלקטרוני        |                      | שם משפחה                                                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>                                              |
| מספר בית             | רחוב                 | יישוב                                                             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                              |
| טלפון נייד           | טלפון בית            | מספר דירה                                                         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                              |
|                      |                      | אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד                              |
|                      |                      | מאשר <input type="radio"/>                                        |
|                      |                      | לא מאשר <input checked="" type="radio"/>                          |
| טופל ב:              |                      |                                                                   |
| <input type="text"/> |                      | <input checked="" type="checkbox"/> המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי |
| קופ"ח כללית          |                      | תאריך קבלת הטיפול הרפואי                                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>                                              |
| שעת הטיפול           |                      | תאריך שחרור                                                       |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>                                              |
| שעת השחרור           |                      |                                                                   |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>                                              |

## מעורב בתאונה 5

|                      |                              |                                                        |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|
| שם פרטי              | מספר זהות (כולל ספרת ביקורת) | שייכות המעורב לאירוע                                   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>                                   |
| קלאודיה סוסנה        | 323419069                    | נהג                                                    |
| דואר אלקטרוני        |                              | שם משפחה                                               |
| <input type="text"/> |                              | <input type="text"/>                                   |
| מספר בית             | רחוב                         | לוי                                                    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>                                   |
| טלפון נייד           | טלפון בית                    | יישוב                                                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>                                   |
|                      |                              | מספר דירה                                              |
|                      |                              | <input type="text"/>                                   |
|                      |                              | אישור קבלת הודעות עדכון בטלפון הנייד                   |
|                      |                              | מאשר <input type="radio"/>                             |
|                      |                              | לא מאשר <input checked="" type="radio"/>               |
|                      |                              | <input type="checkbox"/> המעורב קיבל טיפול במוסד רפואי |

במידה וברכבך היו נפגעים נוספים יש לציין פרטיהם ולצרף תעודות רפואיות.

## כלי רכב

## הרכב בו נהגת/נסעת

האם מדובר באופניים/ קורקינט?

כן ☐

לא ☒

סוג לוחית

ישראלית

מספר רכב

51389501

האם קיים ביטוח חובה לרכב זה?

כן ☒לא ☐לא ידוע ☐

מספר פוליסה

1597329624

שם חברת הביטוח

א.י.א.י.ג'י

תאריך סיום הביטוח

28/02/2025

תאריך תחילת הביטוח

01/03/2024

תאריך תשלום הביטוח

01/03/2024

תאור הנזק ברכב בו נהגת/נסעת

מעיקה של דלת הבגאז'

האם היו מעורבים בתאונה כלי רכב נוספים?

כן ☒לא ☐

כלי רכב נוספים המעורבים בתאונה

רכב 1

האם מדובר באופניים/ קורקינט?

כן ☐לא ☒

סוג לוחית

ישראלית

מספר רכב

88106402

במידה וידועים נתוני הביטוח של הרכב הנוסף יש להזינם

מספר פוליסה

שם חברת הביטוח

תאריך סיום הביטוח

DD/MM/YYYY

תאריך תחילת הביטוח

DD/MM/YYYY

תאריך תשלום הביטוח

DD/MM/YYYY

תאור הנזק ברכב

קישור מעורבים לכלי הרכב

מעורב 1

מספר רכב

51389501

שם מעורב

אביטל שרעבי

מספר זהות

301258299

מעורב 2

מספר רכב

שם מעורב

עמית שרעבי

מספר זהות

300683067

מעורב 3



| מספר זהות      | שם מעורב          | מספר רכב |
|----------------|-------------------|----------|
| 342159811      | אריאל שרעבי       |          |
| <b>מעורב 4</b> |                   |          |
| מספר זהות      | שם מעורב          | מספר רכב |
| 226982155      | אליה שרעבי        |          |
| <b>מעורב 5</b> |                   |          |
| מספר זהות      | שם מעורב          | מספר רכב |
| 236584439      | נעם שרעבי         |          |
| <b>מעורב 6</b> |                   |          |
| מספר זהות      | שם מעורב          | מספר רכב |
| 323419069      | קלאודיה סוסנה לוי |          |

## תאור תאונה

### תאור תאונה

| סוג התאונה        | בתאריך      | בשעה            |
|-------------------|-------------|-----------------|
| התנגש חזית באחור  | 04/02/2025  | 21:30           |
| <b>במקום מסוג</b> |             |                 |
| רחוב              |             |                 |
| <b>ישוב</b>       |             |                 |
| כפר סבא           | <b>רחוב</b> | <b>מספר בית</b> |
|                   | דב לאוטמן   | 1               |



### תאור התאונה

יש לתאר את אופן קרות התאונה, כיוון נסיעת הרכבים המעורבים, האם קיימים תמרורים, רמזורים, מעברי חצייה במקום התאונה, עדים לתאונה, מצב הכביש, תאור מקום התאונה (שם המחלף, יישוב קרוב) וכל מידע רלוונטי נוסף.

#### תאור התאונה:

בזמן המתנה לאור ירוק בצומת שבין רחוב דב לאוטמן לכביש 5504, כשהרכב עומד באור אדום ומאותת שמאלה (לכיוון דרום), התנגשה מאחור מכונית שלא האטה לקראת הצומת. הרכב בו נהגתי היה הרכב הראשון ברמזור ולא היו עדים נוספים במקום.

#### נזק לרכוש (תאור הנזק שנגרם לרכבך ולכלי רכב האחרים או לתשתית)

|                     |
|---------------------|
| מערכה של דלת הבאגז' |
|---------------------|

## מסמכים נלווים

מסמכים נלווים הקשורים לרכב בו היית מעורב בתאונה

### צירוף מסמכים

| תעודת זהות                   | רישיון נהיגה     | רישיון רכב    |
|------------------------------|------------------|---------------|
| ת.ז אביטל.pdf                |                  |               |
| <b>תעודת ביטוח חובה לרכב</b> |                  |               |
| POLISA.pdf                   | תעודת רפואית     | הערכת נזק     |
|                              | אביטל.pdf        |               |
| <b>תמונות נוספות</b>         |                  |               |
| תמונות רכב סימון מעיכה.jpg   | תמונות נוספות    | תמונות נוספות |
|                              | תמונות רכב 1.jpg |               |

האם הדיווח שמסרת הינו רק לצורכי קבלת אישור על התאונה?

כן ☒

לא ☐

☒ אני מצהיר/ה כי הפרטים שמולאו נכונים

הטופס מיועד לשני המינים כאחד, אך לעיתים מנוסח בלשון זכר או נקבה.

טופס זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות.





כל השירותים  
זמינים עבורך בכל עת  
באזור האישי שלך  
באפליקציית  
**AIG Israel app**



הוספת כיסוי  
לנהג צעיר

מסמכים הורדת



פוליסה חידוש

תביעה סטטוס

אתר **aig.co.il**

|                                                                                      |                                                                   |                                                                   |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| מס' הפוליסה<br>15973296/24                                                           | מספר תעודת ביטוח<br>08547257                                      | קוד מוטב<br>62-23473                                              | מס' ח.פ.<br>512304882             |
| סה"כ לתשלום<br>1602.00                                                               | תחילת הביטוח<br>1/03/24                                           | פקיעת הביטוח (בחצות)<br>28/02/25                                  | תאריך ושעת הוצאה<br>15:09 5/02/25 |
| בעל הפוליסה:<br>שרעבי אביטל<br>תאנה 4 עלי זהב                                        | ת.ז.: 301258299                                                   |                                                                   |                                   |
| מס' רישוי:<br>51389501                                                               | סוג הרכב:<br>פרטי                                                 | נפח מנוע/משקל:<br>1998                                            | שנת ייצור/עליה לכביש:<br>2018     |
| יצרן/דגם:<br>מיצובשי INSTYLE                                                         | סוג הרכב לצורך ביטוח:<br>פרטי                                     | מטרות השימוש המותרות ברכב:<br>כמפורט בסעיפים של חלק א' שמעבר לדף. |                                   |
| מס' שילדה:                                                                           | בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:<br>כמפורט בסעיפים של חלק ב' שמעבר לדף. |                                                                   |                                   |
| אני מאשר/אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח. |                                                                   |                                                                   |                                   |
| א.י.ג.י ישראל חברה לביטוח בע"מ                                                       |                                                                   |                                                                   |                                   |

**שולם**  
**באמצעות בנק המזרחי**  
**חשבון: 408-103755**  
10:48 28/02/2024  
חתימה וחומת הבנק

א.י.ג.י. ישראל חברה לביטוח בע"מ

העתק למבוטח

הרחבות לגבי היקף הכיסוי, הסיכונים והחבויים המבוטחים - אין

כל השירותים  
זמינים עבורך בכל עת  
באזור האישי שלך  
באפליקציית  
**AIG Israel app**



הוספת כיסוי  
לנהג צעיר

מסמכים הורדת



פוליסה חידוש

תביעה סטטוס

באתר **aig.co.il**

|                                                                    |                                                                   |                                   |                               |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| מס' הפוליסה<br>15973296/24                                         | מספר תעודת ביטוח<br>08547257                                      | קוד מוטב<br>62-23473              | מס' ח.פ.<br>512304882         |
| תחילת הביטוח - המועד בו הוחתמה תעודה זו בכנק אר לא לפני<br>1/03/24 | פקיעת הביטוח (בחצות)<br>28/02/25                                  | תאריך ושעת הוצאה<br>15:09 5/02/25 |                               |
| בעל הפוליסה:<br>שרעבי אביטל<br>תאנה 4 עלי זהב                      | ת.ז.: 301258299                                                   |                                   |                               |
| מס' רישוי:<br>51389501                                             | סוג הרכב:<br>פרטי                                                 | נפח מנוע/משקל:<br>1998            | שנת ייצור/עליה לכביש:<br>2018 |
| יצרן/דגם:<br>מיצובשי INSTYLE                                       | מטרות השימוש המותרות ברכב:<br>כמפורט בסעיפים של חלק א' שמעבר לדף. |                                   |                               |
| מס' שילדה:                                                         | בני אדם הרשאים לנהוג ברכב:<br>כמפורט בסעיפים של חלק ב' שמעבר לדף. |                                   |                               |
| א.י.ג.י ישראל חברה לביטוח בע"מ                                     |                                                                   |                                   |                               |

**שולם**  
**באמצעות בנק המזרחי**  
**חשבון: 408-103755**  
10:48 28/02/2024  
חתימה וחומת הבנק

א.י.ג.י. ישראל חברה לביטוח בע"מ

מבוטח/ת נכבד/ה

מצ"ב תעודת חובה של רכבך, בכל מקרה של טעות אנא התקשר/י אלינו למחלקת השירותים  
03-9272300 או למחלקת חידושים 03-9272500, לקבלת תעודה מעודכנת.  
**חשוב ביותר! בלי חותמת הבנק / דואר אין תוקף לתעודה זו!**

בברכה,

א.י.ג.י ישראל חברה לביטוח בע"מ

#### חלק א'- מטרת השימוש המותרת ברכב:

- (א) חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאחת או יותר ממטרות אלה:
- (1) מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
  - (2) מטרה עסקית של מבחן נהיגה מטעם רשות הרישוי ("טסט") ומטרה עסקית של הוראת נהיגה, שאינה השתלמות מעשית בנהיגה לפי תקנה 213א לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרות אלה צוינו במפורש בתעודת הביטוח;
  - (3) מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח;
  - (4) מטרה עסקית של חילוץ או גיריה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוק, אלא אם כן מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח; לענין זה, "חוזה שכירות" - למעט חוזה לסינג-תפעול או חוזה מקח-אגב-שכירות (ליסינג מימני).
- (ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחבורה שניתן עליו רישיון כלי תחבורה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה נהיגה ספורטיבית, שהותרה לפי סעיף 12(ד) לחוק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן - חוק הנהיגה הספורטיבית), ואינה מכסה שימוש ברכב מנועי

למטרות ספורט מוטורי של מרחץ כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לענין סעיף קטן זה, "כלי תחבורה", "נהיגה ספורטיבית", ו"קטע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחבורה" - כמשמעותו בסעיף 6 לחוק האמור.

#### חלק ב'- בני האדם הרשאים לנהוג ברכב:

- (א) רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדון וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב;
- (ב) נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראות סעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

#### חלק ג' - השבתה

בעל פוליסה רשאי לבטל את פוליסת ההשבתה בהודעה למבטח; תקופת ההשבתה תסתיים במועד המצוין בהודעה האמורה, ובלבד שמועד סיום ההשבתה לא יהיה למפרע.

**ניתן לשלם במזומן בכל הבנקים לזכות חשבוננו:**

**בנק מזרחי טפחות סניף 408 חשבון 103747**

**בנק הדואר חשבון 8622347**

**ובאמצעות כרטיסי אשראי: יזוה, דיינרס, ישראלכרטיס ואמריקן אקספרס,**

**בכל סניפי הבנק בו מתנהל חשבון האשראי.**

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ, רח' הסיבים 25 קריית מטלון, ת.ד. 535 פתח תקווה, 4910001, טלפון 9272333 - 03, service@aig.co.il



נספח 2 :

תיעוד רפואי עמית

(עמודים 17 עד 18)





הופק ע"י דר' פרלדן מ.ר. 182895.05/02/2025 11:53

## מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 05/02/2025

מלרד מהלכים D  
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562  
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה  
מס' קבלה למחלקה: 2538820001  
טלפון: 09-7471521  
פקס: 09-7410994

|                       |                              |                       |                |                   |                    |                |                   |            |            |            |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------|-------------------|--------------------|----------------|-------------------|------------|------------|------------|
| שם משפחה: שרעבי       | ת. לידה: 22/03/1987          | מספר זהות: 30068306-7 | מין: זכר       | גיל: 37           | מספר זהות: 7194900 | תאנה 4, על זרב | טלפון: 0543181333 | סוג דם:    | מחוז:      | גורם מממן: |
| שם פרטי:              | ת. זהות:                     | מין:                  | גיל:           | מספר זהות:        | תאנה 4, על זרב     | טלפון:         | סוג דם:           | מחוז:      | גורם מממן: | חיל רפואה  |
| נתובת:                | מין:                         | גיל:                  | מספר זהות:     | תאנה 4, על זרב    | טלפון:             | סוג דם:        | מחוז:             | גורם מממן: | חיל רפואה  | אבינועם    |
| מספר קבלה: 2538820001 | תאריך קבלה: 10:59 05/02/2025 | מספר זהות: 7194900    | תאנה 4, על זרב | טלפון: 0543181333 | סוג דם:            | מחוז:          | גורם מממן:        | חיל רפואה  | אבינועם    |            |

מספר קבלה: 2538820001

תאריך קבלה: 10:59 05/02/2025

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת דרכים

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: חייל

רופא אחראי

רופא: דר' פרלדן מ.ר. 182895

סיום טיפול במלרד: שחרור

## אבחנות בשחרור

| אבחנה                  | קוד  | צד | תאריך | עיקרי | S/P | MP | Rec |
|------------------------|------|----|-------|-------|-----|----|-----|
| MOTOR VEHICLE ACCIDENT | E819 |    |       | ✓     |     |    |     |

## תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 37, בריא בד"כ

לדבריו, היה מעורב היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אחורי. ללא פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמו מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלין על כאב צוואר וגב תחתון.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר. כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות. כיפוף ויישור גב מלאים, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני. החזרי פיקה תקינים, הנעת ירכיים וברכיים מלאה ללא כאב. SLR שלילי דו"צ, טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

בצילומים - ללא ממצא חריף

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

## בדיקה גופנית

נרשם ע"י: דר' פרלדן מ.ר. 182895, D מלרד מהלכים



## מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

|           |         |             |            |                                        |
|-----------|---------|-------------|------------|----------------------------------------|
| שם משפחה: | שרעבי   | תאריך לידה: | 22/03/1987 | מלרד מהלכים D                          |
| שם פרטי:  | עמית    | ת. זהות:    | 30068306-7 | מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562 |
| סוג דם:   | שם האב: | אבינועם     |            | אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה          |

תאריך עדכון: 11:28 05/02/2025

דיווח / דיון:

## לא ידועה רגישות לתרופות

## הוראות ומדדים

| תאריך ושעה       | קטגוריה מדד | תוצאות והערות        |
|------------------|-------------|----------------------|
| 11:19 05/02/2025 | מדדים       | לחץ דם 115/56        |
|                  | מדדים       | דופק 73              |
|                  | מדדים       | סטורציה באויר חדר 99 |
|                  | מדדים       | רמת כאב 4            |
|                  | מדדים       | הקלת כאב             |
|                  |             | אינו מעוניין ב-OTC   |

11:18 05/02/2025

A

מדדים מצב הכרה

## תרופות מומלצות להמשך טיפול

| מרשם | הערות                                                                                                                                                                                           | יחידות לניפוק | אריזות לניפוק | משך    | תדירות     | מינון | אופן מתן | שם התרופה                                                        |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------|------------|-------|----------|------------------------------------------------------------------|
| ✓    | כל כדור מכיל:<br>Paracetamol 500mg,<br>Caffeine 50mg,<br>Codeine Phosphate<br>15mg ****נא לשים לב,<br>תרופת LASA קיימת<br>תרופה בעלת מראה דומה-<br>Tab. Tegretol CR 400<br>mg (ראה קובץ מצורף). |               |               | 4 ימים | X3<br>ביום | 2 cap | Oral     | ROKAcet PLUS<br>(PARACETAMOL,<br>CAFFEINE, CODEINE<br>PHOSPHATE) |

## סיכום

הוצג לתורן מיון בכיר דר' גבע  
משתחרר עם המלצות הבאות:

## המלצות

המלצה:

מנוחה יומיים  
שיכון כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך  
בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא  
קומפרסים חמים לצוואר/גב  
המשך מעקב רופא מטפל  
בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חופשת מחלה: 2 ימים.

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

נספח 3 :

תיעוד רפואי אביטל

(עמודים 20 עד 24)



כללית

אביטל שרעבי

מס זהות: 00301258299

ת.ל.ידה: 08/09/1987 גיל: 37.05 מין: נ

05/02/2025

שם האב: עופר דגן שם האם: נורית

טלפון: 54-3180333 סוג דם: +B

טלפון נוסף: 54-3180333

ביטוח מושלם: זהב

מנוי און-ליין: כן לא קיימת הרשאה לחיוב חשבון

רשיון רופא: 33860

רופא מטפל: ד"ר מזור גבריאל

מרפאת אם: מרפאת לשם 5972

### בעיות

אבחנה הצבועה בכחול - אבחנות שנוספו בעקבות עדכוני מידע וטרם אושרו ע"י הרופא/ה המטפל/ת

| קוד | מועד גילוי | איפיון | בעיה   |
|-----|------------|--------|--------|
| 493 | 00/01/2005 |        | ASTHMA |

### בעיות בעבר

| קוד  | מועד סיום  | מועד גילוי | איפיון | בעיה             |
|------|------------|------------|--------|------------------|
| 0529 | 00/08/2004 | 00/08/2004 |        | VARICELLA        |
| 2449 | 00/03/2006 | 00/03/2006 |        | HYPOTHYROIDISM   |
| 2872 | 00/05/2010 | 00/05/2010 |        | THROMBOCYTOPENIA |
| 493  | 00/01/2000 | 00/01/1998 |        | ASTHMA           |

2-2=sectio cesarea, 2830gr, twin 2  
REC.AOM,WH.BR. 88-89

### תרופות קבועות

תרופות שנוספו בעקבות איחוד תיקים וטרם אושרו ע"י רופא/ה מטפל/ת

תרופות שלא נופקו בבימ"ק מעל ל 150 יום

| שנפקה | כמות | ת. ניפוק   | ת. תוקף    | מס' מרשמים | ת. הפקה    | מינון           | תרופה                                 |
|-------|------|------------|------------|------------|------------|-----------------|---------------------------------------|
|       |      |            | 23/03/2024 | 1          | 22/02/2024 | ביום 4 X טיפות  | GENTEAL 0.3% COL 0.3%                 |
| 1     |      | 21/12/2023 | 20/08/2024 | 3          | 21/12/2023 | ביום 2 X טבליות | DESOGESTREL [3*28] TAB 0.075M 0.075MG |
|       |      |            | 20/03/2024 | 3          | 21/12/2023 | ביום 1 X טבליות | PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB           |
| 1     |      | 01/12/2020 | 20/08/2024 | 3          | 21/12/2023 | ביום 1 X טבליות | MERCILON BOX OF 21 CF                 |

### רגישות לתרופות ו/או תופעות לוואי

לא עודכנה רגישות ו/או תופעת לוואי

### רגישות נוספת

לא עודכנה רגישות נוספת

### גורמי סיכון

סטטוס עישון מעולם לא

אישפוז/רפואה דחופה

### ביקור אחרון

תאריך ביקור

סוג ביקור

05/02/2025

1 תאונת דרכים

תלונות

אתמול בערב נפגעה מרכב אחר במנגנון אחורי ישבה ליד הנהג מציינת כאבים בצוואר

ממצאים

רגישות ניכרת בע"ש צווארי מקרין לשכמות עם הגבלה בתנועת הצוואר

21/08/2015  
19/09/2014  
23/11/2013

חודפס ע"י ד"ר גבריאל מזור

דף 1

סיכום/דיון

מעקב

נרשם ע"י

ד"ר גבריאל מזור

ביקורים נוספים

תאריך הביקור

סוג ביקור

15/01/2025

0 ביקור רגיל

תלונות

לבקשת המטופלת, עפ"י הצהרתו/ה מופק אישור מחלה בשל- צינון/התקררות/שפעת

נרשם ע"י

הפקה מקוונת

תאריך ביקור

סוג ביקור

22/09/2024

0 ביקור רגיל

תלונות

ביקור מינהלי

מבקשת הפניה לכירורג שד

נרשם ע"י

ד"ר גבריאל מזור

# בדיקות מיוחדות

TRIPLE TEST 10/04/2018

TRIPLE TEST 07/03/2018

TRIPLE TEST 21/02/2016

TRIPLE TEST 21/01/2016

EMG לידיים 10/06/2010

צלום בית חזה עד 2 מבטים 09/11/2009

צלום קרסול - צד אחד 24/08/2006

צלום שוק צד שני 24/08/2006

צלום שוק צד אחד, עד שני מבטים 24/08/2006

צלום קרסול - צד שני 24/08/2006

צ.חזה 21/01/98

צ.חזה 21/01/98

צ.חזה 21/01/98



תאריך: 05/02/2025

הפניה למכון פיזיותרפיה  
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:  
שם משפחה ופרטי: **שרעבי אביטל**  
ת.ל.י.ד: 08/09/1987  
מס.בית: 4  
מס.זהב: 54-3180333  
טלפון: 54-3180333  
מס.זהות: 00301258299  
גיל: 37.05  
מיין: ג

תאריך תאונה 04/02/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 35972006976

גורם שולח



5972

מספר הפניה



035972006976

תז נבדק



0301258299

רשיון רופא



033860

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                         | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול | 80015       |

ACCIDENT/INJURY; NOS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: אתמול בערב נפגעה מרכב אחר במנגנון אחורי ישיבה ליד הנהג מצינת כאבים בצוואר

סימנים חיוניים: גובה 156 13/06/2021 משקל 61 22/08/2024 bmi 25.07

לחץ דם 99 / 66 22/08/2024

דופק 76 22/08/2024 סדיר

22/08/2024 מתאריך 111.07 eGFR

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה   |
|------------|--------|--------|
| 01/01/2005 |        | ASTHMA |

תולדות עבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה             |
|------------|------------|--------|------------------|
| 01/08/2004 | 01/08/2004 |        | VARICELLA        |
| 01/03/2006 | 01/03/2006 |        | HYPOTHYROIDISM   |
| 01/05/2010 | 01/05/2010 |        | THROMBOCYTOPENIA |
| 01/01/1998 | 01/01/1998 |        | ASTHMA           |

2-2=sectio cesareea, 2830gr, twin 2  
REC.AOM,WH.BR. 88-89

מידע ישי

תרופות קבועות

| ביום | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                                |
|------|-------|---------|------|---------------------------------------|
| ביום | 4     | טיפות   | 1    | GENTEAL 0.3% COL 0.3%                 |
| ביום | 2     | טבליות  | 1    | DESOGESTREL [3*28] TAB 0.075M 0.075MG |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | PRENATAL PLUS BOX OF 30 TAB           |
| ביום | 1     | טבליות  | 1    | MERCILON BOX OF 21 CF                 |

רמישות ניכרת בע"ש צוואר מקרין לשכמות עם הגבלה בתנועת הצוואר

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

33860

ד"ר גבריאל מזור

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

הר. 7

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה למכון פיזיותרפיה

05/02/2025

הודפס ע"י ד"ר גבריאל מזור

00301258299

שרעבי אביטל

תאריך 21/01/2026

## סיכום טיפול

|                   |               |         |         |
|-------------------|---------------|---------|---------|
| פרטי המטופל       |               | שם מטפל |         |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-30125829-9 | שם האב  | עלי זהב |
| מס זהות           | 38.04         | שם האב  | ישוב    |
| גיל               | נ             | שם האב  | תאנה    |
| מין               | 08/09/1987    | שם האב  | רחוב    |
| ת. לידה           | 54            | שם האב  | מס בית  |
| טלפון             | 3180333       | שם האב  | 4       |
| טלפון נוסף        | 54 - 3180333  | שם האב  | מס בית  |

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 250483844 מספר זיהוי הפניה: 35972006976

תאריך הפניה: 05/02/2025

ת. תאונה: 04/02/2025

סוג הביקורים לסדרה: 1 תאונת דרכים

רשיון רופא: 33860

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר גבריאל מזור

מרפאה: 5972

מקצוע: רופא כללי

אבחנה בהפניה:

| צד | קוד | אבחנה                |
|----|-----|----------------------|
|    | A80 | ACCIDENT/INJURY; NOS |

אבחנה לטיפול:

| צד   | קוד  | אבחנה           |
|------|------|-----------------|
| ימין | 8470 | WHIPLASH INJURY |

תאריך תחילת טיפול: 03/07/2025 תאריך סיום טיפול: 21/01/2026

מס' ביקורים בפועל: 13 פרטני: 13

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

| כמות | טיפול                             |
|------|-----------------------------------|
| 1    | אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 13   | הדרכה לתרגול בבית                 |
| 13   | תרגול כללי                        |
| 12   | טיפול ב-TENS                      |
| 13   | טיפול ב-Hot Pack                  |
| 11   | דיקור יבש                         |

סיבת סיום טיפול:

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

סיכום טיפול

21/01/2026

הודפס ע"י עמיחי ליבנה 00-30125829-9

שרעבי אביטל

כאבים:

| איבר | צד      | דרוג בעת פתיחת הסידרה | דרוג בעת סגירת הסידרה |
|------|---------|-----------------------|-----------------------|
| כתף  | דו צדדי | 7                     | 3                     |

הערכת מטפל: 2-שיפור חלקי

הערות: כעת בהריון מתקדם  
שיפור בכאבים, אך עדיין כאב בעוצמה קלה- בינונית  
תמשיך תרגול באופן עצמאי.

המטופל ביקר במכון בתאריכים:  
21/01/2026  
12/11/2025  
29/10/2025  
15/10/2025  
25/09/2025  
17/09/2025  
10/09/2025  
02/09/2025  
24/08/2025  
06/08/2025  
30/07/2025  
23/07/2025  
03/07/2025

עמית ליבנה  
מכון פיזיותרפיה אריאל  
מ.ר. 20070  
052-5200000

עמית ליבנה

חתימה וחותמת

שם מטפל

דף 2 מ 2

21/01/2026

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הודפס ע"י עמית ליבנה 00-30125829-9

סיכום טיפול

שרעבי אביטל

נספח 4 :

תיעוד רפואי אריאל

(עמודים 26 עד 26)



גיל המטופל: 8.06  
תאריך ביקור: 05/02/2025  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל  
תלונות/סיבת הפניה: היתה מעורבת בתאונת דרכים  
רכב התנגש מאחור

סימנים חיוניים

|            |                    |                    |
|------------|--------------------|--------------------|
| גובה: 120  | נמדד ב: 16/06/2024 | אחוזון גובה: 14.81 |
| משקל: 24.5 | נמדד ב: 16/06/2024 | אחוזון משקל: 47.17 |
| BMI: 17.01 | אחוזון BMI: 75.63  |                    |

מתאריך: 23 eGFR: 176.92

ממצאים: רגישות בגב תחתון

| קוד | איפיון | אבחנה                |
|-----|--------|----------------------|
| A80 |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |

דיון/תוכנית טיפולית: מעקב משככי כאבים

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 05/02/2025  
רופא מעדכן: ד"ר גבריאל מזור  
מס רשיון: 33860  
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה  
שם מרפאה: מרפאת לשם  
קוד מרפאה: 5972  
קוד מחוז: 04

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס z

04-980233860  
33860  
ד"ר גבריאל מזור  
רופא משפחה  
מנהל מרפאת לשם



נספח 5 :

תיעוד רפואי אליה

(עמודים 28 עד 28)



גיל המטופל: 6.04  
תאריך ביקור: 05/02/2025  
סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
מהות הביקור: רגיל  
תלונות/סיבת הפניה: היתה מעורבת בתאונת דרכים רכב התנגש מאחור

סימנים חיוניים

גובה: 113 נמדד ב: 03/03/2024 אחוזון גובה: 58.01  
משקל: 21 נמדד ב: 03/03/2024 אחוזון משקל: 74.15  
BMI: 16.45 אחוזון BMI: 76.71

ממצאים: רגישות בישבן

| קוד | איפיון | אבחנה                |
|-----|--------|----------------------|
| A80 |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |

דיון/תוכנית טיפולית: מעקב

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת לשם  
קוד מרפאה: 5972  
קוד מחוז: 04

תאריך עדכון: 05/02/2025  
רופא מעדכן: ד"ר גבריאל מזור  
מס רשיון: 33860  
מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס Z



נספח 6 :

תיעוד רפואי נעם

(עמודים 30 עד 30)



גיל המטופל: 3.00

תאריך ביקור: 05/02/2025

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: היתה מעורבת בתאונת דרכים נפגעה מרכב שנסע מאחור כאבי גב ויד ימין

### סימנים חיוניים

גובה: 78 נמדד ב: 01/12/2023 אחוזון גובה: <3

משקל: 12 נמדד ב: 01/12/2023 אחוזון משקל: 71.09

BMI: 19.72

ממצאים: רגישות בגב

| קוד | איפיון | אבחנה                |
|-----|--------|----------------------|
| A80 |        | ACCIDENT/INJURY; NOS |

דיון/תוכנית טיפולית: מעקב

### פרטי עדכון

תאריך עדכון: 05/02/2025

שם מרפאה: מרפאת לשם

רופא מעדכן: ד"ר גבריאל מזור

קוד מרפאה: 5972

מס רשיון: 33860

קוד מחוז: 04

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי



נספח 7 :

יפוי כח ווסר מלא

(עמודים 32 עד 45)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 28/11/2018  
 ת.ז. מס' 300683067, מרחוב 44 ימל/ה 4 205  
 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, הגנה, 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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.

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|                          |                                |                      |                            |
|--------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <u>28126</u><br>שם משפחה | <u>300683067</u><br>תעודת זהות | <u>28</u><br>שם פרטי | <u>28126</u><br>שם האב     |
| <u>מאה</u><br>רחוב       | <u>7194900</u><br>מיקוד        | <u>285</u><br>עיר    | <u>0543181333</u><br>טלפון |
| <u>4</u><br>מס'          |                                |                      |                            |

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.

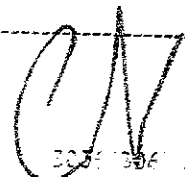
אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בואת מתן כל 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 וויתור 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: \_\_\_\_\_  


תאריך: 6/11/26 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ X

**עו"ד אריאל**  
**מס' רשיון: 62254**

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אריאל שרע,  
ת.ז. מס' 301258299, מרחוב תא"ר 16/8,  
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, הגנה, 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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 06 לחודש 01 שנה 2026



חתימה: \_\_\_\_\_

עו"ד אריאל פריינד  
מס' רשום: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין



## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטיין יירשמו פרטיו)

|                            |                                |                        |                         |
|----------------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------|
| <u>2016</u><br>שם האב      | <u>301258299</u><br>תעודת זהות | <u>1/21</u><br>שם פרטי | <u>2618</u><br>שם משפחה |
| <u>0543180333</u><br>טלפון | <u>7194800</u><br>מיקוד        | <u>25</u><br>עיר       | <u>4</u><br>מס'         |
|                            |                                | <u>1/8</u><br>רחוב     |                         |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאה, עובדיה 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 וויתור 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: \_\_\_\_\_

תאריך: 6/1/20 עד לחתימה ומסירת מס' רשיון 62254 חתימה: \_\_\_\_\_ X

*(Handwritten signature)*

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, הור' הק"מ א'ה ש"ת 2617  
 ת.ז. מס' 22698155, מרחוב במ"ה 4 א'ה 265  
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות 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, הגנה, 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 שט' 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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.

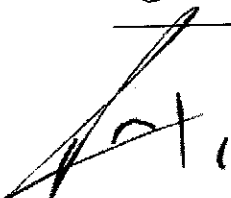
15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום 06 לחודש 01 שנה 2020

חתימה: 



עו"ד אריאל ברניר  
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין



## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|                         |                       |                               |                     |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------|
| <u>2076</u><br>שם משפחה | <u>ה'ה</u><br>שם פרטי | <u>22698215</u><br>תעודת זהות | <u>26</u><br>שם האב |
| <u>מס'</u>              | <u>275</u><br>עיר     | <u>7194900</u><br>מיקוד       | <u>טלפון</u>        |

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 וויתור 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: אביטל שרעבי ת.ז. 301258299 שם האב: עמית שרעבי ת.ז. 300683067

תאריך: 6/1/26 עד לחתימה ומעיד: **עידית אריאל פריינדל** מס' רשיון: 62254 חתימה: X \_\_\_\_\_

*(Handwritten signature)*

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ה'וי הקטן נחמ שיע 26, מס' 23658439, מרחוב ימא-9 16 797,  
ת.ז. מסי, ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות 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, הגנה, 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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.

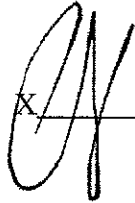
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

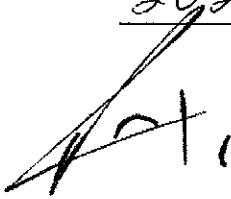
15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום 06 לחודש 01 שנה 2026

חתימה: 



עו"ד אריאל כריניר  
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין



## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|                            |                          |                             |                           |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <u>שם משפחה</u><br>שם פרטי | <u>שם פרטי</u><br>שם האב | <u>תעודת זהות</u><br>מס' זר | <u>מס' זר</u><br>מס' רחוב |
| 236584439                  | 7194900                  | 7194900                     | 7194900                   |
| מס' זר                     | מס' זר                   | מס' זר                      | מס' זר                    |
| מס' זר                     | מס' זר                   | מס' זר                      | מס' זר                    |

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 הבריאות 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 הבריאות 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: אביטל שרעבי ת.ז. 301258299 שם האב: עמית שרעבי ת.ז. 300683067

תאריך: 6/9/26 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
מס' רשיון: 62254  
חתימה: \_\_\_\_\_

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ה"ר הר"ר אריאל שרע,  
ת.ז. מס' 34215 וס 811, מרחוב המלך 4 ו' 577,  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של  
נגד בענין תאונת דרכים מיום לחיות באי כוחי במשפט של  
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, הגנה, 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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.

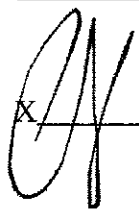
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום 06 לחודש 01 שנה 2026

חתימה: 



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינדג  
מס' רשיון: 62254

עורך-דין



## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|                       |                       |                                |                       |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| <u>שם משפחה</u><br>שם | <u>שם פרטי</u><br>שם  | <u>תעודת זהות</u><br>342159811 | <u>שם האב</u><br>שם   |
| <u>רחוב</u><br>המאה   | <u>מס'</u><br>4       | <u>מיקוד</u><br>7194900        | <u>טלפון</u><br>טלפון |
|                       | <u>עיר</u><br>תל אביב |                                |                       |

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 הבריאות 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 הבריאות 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.

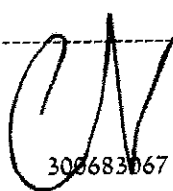
בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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: אביטל שרעבי ת.ז. 301258299 שם האב: עמית שרעבי ת.ז. 300683067

תאריך: 6/1/20 עד לחתימה ומסירת **עו"ד אריאל פריירג** חתימה: X \_\_\_\_\_  
**מס' רשיון: 62254**

