



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

אפריל 2026 16
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
שומרה חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

הנדון: הסדרת תשלום מד"א
תאונה מיום 15.8.25

הנני מייצג את מרשי, ישראל גרוס, ת.ז. 328157987 והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. ביום 15.8.25 נפגע מרשי עת נסע ברכב הנושא מספר רישוי 55-947-31 אשר מבוטח על ידכם.

*רצ"ב תעודת חובה.

2. לאחר התאונה הובהל מרשי באמצעות אמבולנס לבית החולים "פוריה" בטבריה.

*רצ"ב דרישת תשלום וסיכומי אשפוז.

3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בהסדרת התשלום בגין הפינויים כאמור.

4. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

*רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

מס.פוליסה: 74211357725

ראובן

בעל הפוליסה: קנטור

מבוטח/ת יקר/ה,

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

א. גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא 27.

ב. האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהגת.

ג. שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג

ברכב היא 2020.

ד. מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות,

של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0.

ה. מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים

לנהוג ברכב הוא: 0.

ו. ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW) - לא.

ז. ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב (LDW) - לא.

בכבוד רב

שומרה חברה לביטוח בע"מ

בכבוד רב,

שומרה חברה לביטוח בע"מ

עותק למבוטח

שים לב: מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

מס' תעודה:

תעודת ביטוח

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל-1970 (להלן: פקודת הביטוח)

שומרה חברה לביטוח בע"מ
הסיבים 23, פתח תקוה
sherut@shomera.co.il
טלפון: 03-9258000

שומרה חברה לביטוח

קוד אירוע: 05 כ.א.
ת.ז.ח.פ. 313518938

מס' פוליסה 74211357725 00

שם בעל הפוליסה: קנטור ראובן

כתובת בעל הפוליסה: שבט גד 6 לוד אחיסמך

מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק

אך לא לפני 1/07/2025. מועד פקיעת הביטוח: 30/06/2026 בחצות;

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר WWW.SHOMERA.CO.IL.

מס' רישוי: 31-947-55 סוג הרכב במשרד הרישוי: M1 מס' שלדה: 2850DS202369

שנת יצור: 2014 סוג הרכב לצורך ביטוחו: פרטי

היצרן והדגם: הונדה אינסטיט ה

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: על פי סעיפים 3,1 מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו.

מטרות השימוש המותרות ברכב: על פי סעיפים 1,5,6 מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו.

מספר הסוכן: 815921 שם הסוכן: דוד פרידמן

סכום דמי הביטוח: 2034.00 ש"ח תאריך ושעת הוצאת התעודה: 22/06/2025 15:27

שולח באמצעות בנק לאומי

חש' 34823/28 מס' אישור: 0068585

22/06/2025 15:27

תעודה זו - אין לה תוקף

שומרה חברה לביטוח בע"מ

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח.

עותק לבנק

מס' תעודה:

הודעת זיכוי

שומרה חברה לביטוח

קוד אירוע: 05 כ.א.
ת.ז.ח.פ. 313518938

מס' פוליסה 74211357725 00

שם בעל הפוליסה: קנטור ראובן

כתובת בעל הפוליסה: שבט גד 6 לוד אחיסמך

מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק

אך לא לפני 1/07/2025. מועד פקיעת הביטוח: 30/06/2026 בחצות;

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר WWW.SHOMERA.CO.IL.

מס' רישוי: 31-947-55 סוג הרכב במשרד הרישוי: M1 מס' שלדה: 2850DS202369

שנת יצור: 2014 סוג הרכב לצורך ביטוחו: פרטי

היצרן והדגם: הונדה אינסטיט ה

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: על פי סעיפים 3,1 מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו.

מטרות השימוש המותרות ברכב: על פי סעיפים 1,5,6 מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו.

מספר הסוכן: 815921 שם הסוכן: דוד פרידמן

סכום דמי הביטוח: 2034.00 ש"ח תאריך ושעת הוצאת התעודה: 22/06/2025 15:27

חותמת הבנק

בלי חותמת הבנק על תעודה זו - אין לה תוקף

לתשלום בכל סניפי הבנקים: יזוכה חשבון 34920/30
סניף בנק לאומי 10-800 תל אביב
ניתן לשלם באמצעות כרטיסי אשראי
התשלום בבנק הדואר במזומן בלבד.

שומרה חברה לביטוח בע"מ

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח.



הממונה על הגבייה
מגן דוד אדום בישראל
20/01/2026

גרוס ישראל
צפרירים 13
ירושלים 9773013
שלום רב,

הנדון: הודעת חוב 106454741
דרישה לתשלום חוב תזכורת שניה
בהתאם לסעיפים 4 ו-5 לפקודת המיסים (גבייה)

ביום 15/08/25 קיבל/ה גרוס ישראל ת.ז. 328157987 שירות עבור טיפול ו/או פינוי בניידת טיפול נמרץ של מד"א. סכום החוב בגין שירות זה עומד על סך 585.00 ש"ח.
זכאותך נבדקה מול קופת החולים ונמצא על ידה כי הינך זכאי/ת להשתתפות מצידה.
עד ליום כתיבת מכתב זה, ולמרות תזכורת שנשלחה לכתובתך בעבר, טרם הסדרת את חובך למד"א.
את יתרת הודעת חוב זו, על סך 292.50 ש"ח, יש להסדיר עד 20/02/2026.
ניתן להסדיר את הודעת החוב בדרכים הבאות:
א. בכל בנק באמצעות הודעת הזיכוי שבספח מכתב זה.
ב. משלוח המחאה לפקודת מגן דוד אדום בלבד, בצירוף מכתב זה, לרחוב הפלדה 5, אור יהודה.
ג. באמצעות כרטיס אשראי:
1. טלפונית - דרך מוקד הגבייה של מד"א בטל' 1-800-390-101.
2. דרך האינטרנט - באתר האינטרנט של מד"א www.mdais.org.

***** במידה והסדרת את חובך אנא ראה הודעה זו מבוטלת! *****

לתשומת לבך!
אם לא תסדיר את חובך במועד, יועבר החוב לטיפול גובה מס מטעמנו מתוקף חוק
מגן דוד אדום, התשי" - 1950, ופקודת המיסים (גבייה).

בכבוד רב,
הממונה על הגבייה
מגן דוד אדום בישראל

תשלום חובכם למד"א יאפשר לנו להמשיך
במלוא הכוח ויסייע לנו בהצלת חיים.

132-13054 (056527)

הודעת זיכוי מס' 106454741

חתימה וחותמת הבנק

הסכום לתשלום

292.50



הודעת זיכוי מס' 106454741

132-13054 (056527)

קוד מוטב

62-02917

לזכות חשבוננו בבנק לאומי בישראל בע"מ, סניף 817 החשמונאים חש' 569500/09

חתימה וחותמת הבנק

אזרח נכבד,

לנוחיותך תשלום זה ניתן
לשלם בכל סניפי הבנק
בארץ כולל בנק הדואר
ניתן לשלם גם באתר האינטרנט
www.mdais.org

לתשלום עד 20/02/2026

הסכום לתשלום

292.50



ॐ नमो भगवते वासुदेवाय
 नमो भगवते वासुदेवाय
 नमो भगवते वासुदेवाय
 नमो भगवते वासुदेवाय

[illegible]

୧୫
 ୧୫
 ୧୫

"הול" אברהם
 5400*
 דוד ורחל
 אברהם

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D. C. 20535

[illegible]

שם החנות	ד"ר קצת	תאריך	15/08/2025 09:03
116979.9 גר. חסדי, ליוני	רואה	תאריך	15/08/2025 09:03
תוצרת ישראל			

ԼՍՀՈՆ: ԴԱՆԼՈ

[illegible][illegible][illegible]

המטה הארצי לתכנון ולקידום
מחלקת: מחלקת התכנון
מקום: 328157987 ת"ד: 101
שם: משרד המשפטים

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, י. י. ז. א.

ת.ז. ח.פ. מס' 328197487, מרחוב 331 רחוב י. ז. א.

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי 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, דרישה 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. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. 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.
8. להוציא לפועל כל פסייד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. 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 14 לחודש אדר שנה 5776

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: י. י. ז. א.

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)

שם משפחה: ז. גל שם פרטי: ר. גל תעודת זהות: 328157927 שם האב: א. גל
רחוב: 13/18 מס': 13/18 עיר: תל אביב מיקוד: 2556742978 טלפון: 2556742978

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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: א. גל סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 14/2/26 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 עו"ד אריאל פרייזר
מס' רשיון: _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)