



לכבוד

מגדל חברה לביטוח בע"מ

מחלקת תביעות חובה

באמצעות דוא"ל

ח.נ. שלום רב,

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

הנדון : תאונה מיום 24.6.25

מס' רכב: 340-29-201

הנפגעים: אורן אנטייב, ת.ז. 208413351.

אסיה אנטייב, ת.ז. 016851370.

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

1. בתאריך 24.06.25, בשעה 19:05, או בסמוך לכך, בשדרות יוספטל פינת אילת, בחולון, עת נהג אורן ברכב הנושא מ.ר. 340-29-201 (להלן: "הרכב"), עם אסיה ואלון, רכב הנושא מ.ר. 16-274-59 התנגש בהם מאחור ומרשיי נחבלו ונפגעו בגופם (להלן: "התאונה")

רצ"ב ביטוח חובה, טופס הודעה למבטחת ותמונות ממקום התאונה, מסומנים "כנספח 1".

אורן:

2. לאחר התאונה החל מרשי לסבול מכאבים בצוואר ובגב, הוא פנה להיבדק בקהילה, לאחר בדיקה ראשונית שוחרר לביתו בהנחיה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה

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

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

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

5. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה התקשה מרשי בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נאלץ להוריד רמת פעילות ונגרמו לו הפסדי שכר.
6. בעטיה של התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה מרשי בניהול משק בית, הוא נזקק לעזרת הזולת באופן מוגבר ויזדקק גם בעתיד.
7. מחמת התאונה תוצאותיה, נזקק מרשי להוצאות בגין מוניות ונסיעות מיוחדות.

אסיה:

8. לאחר התאונה החלה מרשתי לסבול מכאבים בצוואר ובגב, היא פנתה להיבדק במוקד לרפואה דחופה בקהילה, לאחר בדיקה ראשונית היא שוחררה לביתה בהנחיה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי ומנוחה
9. מרשתי אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, נאלצה להימנע מפעילות גופנית, היא שהתה במנוחה ונטלה כדורים לשיכוך כאב
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 3".
10. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה סבלה מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, 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, היא נזקקה להפוגות ממושכות במהלך עבודתה, נגרמו לה הפסדי שכר וצפויים לה הפסדי שכר בעתיד.
12. בעטיה 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.
14. 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 45,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

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

מכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:
גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 27
האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהג
שנת קבלת רישיון נהיגה לרכב מסוג זה בישראל
של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2024
מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב
חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים
הצפויים לנהוג ברכב הוא:..... 0
מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות
של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא:..... 0
ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות (ESP):..... כן
ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק
(FCW):..... כן
ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב
(LDW):..... כן

בעלות הרכב פרטית
אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

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

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

נהגים נקובים + מספר זהות		777	
סוג רכב לצורך ביטוחו		נפח/הספק	
M1.-פרטי		M1.-פרטי נפח מנוע: 1998 סמ"ק	
מספר תעודה: 53502793		מספר זהות: 305651895	
בת ים		5935748	
תאריך הוצאה: 02/01/25		מועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/01/25	
שעת הוצאה: 10:05		מועד פקיעת הביטוח: 31/12/25 (בחצות)	
מספר הרישוי	מספר שלדה	היצרן + דגם	ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש
34029201	JMZBN6278Z15	מאזדה 3 ספורט/ק	2018
משקל / טון	מספר פוליסה		
1.860	04 25234869725		
מספר הסוכן	שם הסוכן	עובדי מדינה	
238041			

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1
השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
(מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)

רשות הדואר בנק הדואר

שולם	2,097.00 ש"ח	הרחבות והגבלות	אין	הסכום דמי ביטוח לתשלום בש"ח	2,097.00
בתאריך	22/12/24 בשעה 13:12	אנו מאשרים בזה כי הפוליסה			
חשבון	8068484 אסמכתא 53502793	שתעודה זו שייכה לה מוצאת לפי			
אישור	151578714 חותמת הבנק	הוראות פקודת הביטוח			
		מגדל חברה לביטוח בע"מ			

תוקף הביטוח מותנה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו.
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

שם המבוטח: אנטייב אלון		305651895	
כתובת: השומרים 13/14		בת ים	
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/01/25		5935748	
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/25 (בחצות)		תאריך הוצאה: 02/01/25	
שעת הוצאה: 10:05			
מספר הרישוי	היצרן		
34029201	מאזדה 3 ספורט/ק		
מספר הסוכן	שם הסוכן	ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש	
238041	עובדי מדינה	2018	
הסכום לתשלום בש"ח	מספר תעודה	מספר פוליסה	
2,097.00	53502793	04 25234869725	

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1
השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7
(מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)

הרחבות והגבלות	אין
מגדל חברה לביטוח בע"מ	

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות לקוחות: טלפון 03-9201010, פקס 03-9201020, דואר אלקטרוני mokedel@migdal.co.il.
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

בכפוף לתנאי הפוליסה לביטוח חובה לרכב מהדורה 9/2021

מק"ט 200022833

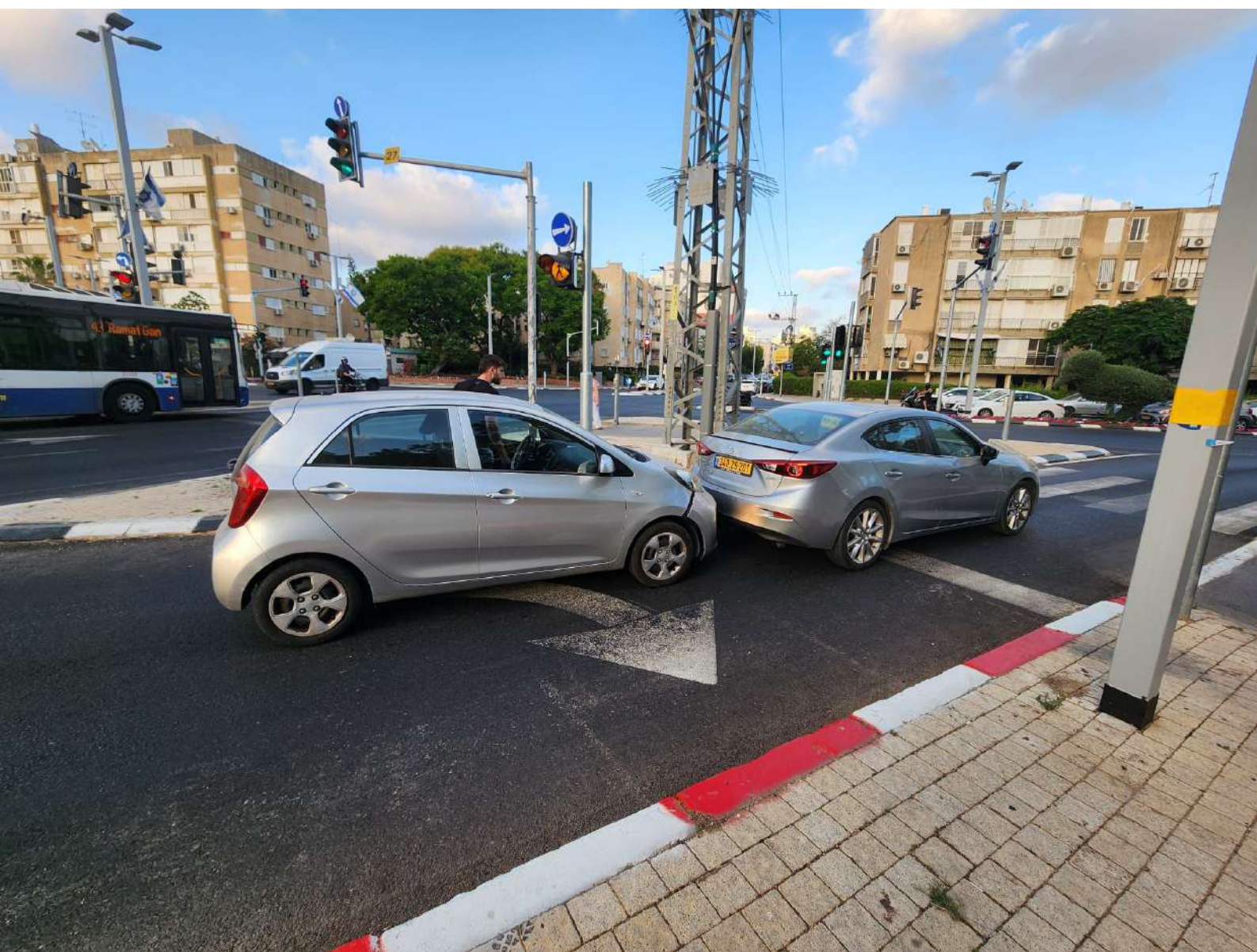
חלק א: בני האדם הרשאים לנהוג ברכב (סעיף 7 לפוליסה):

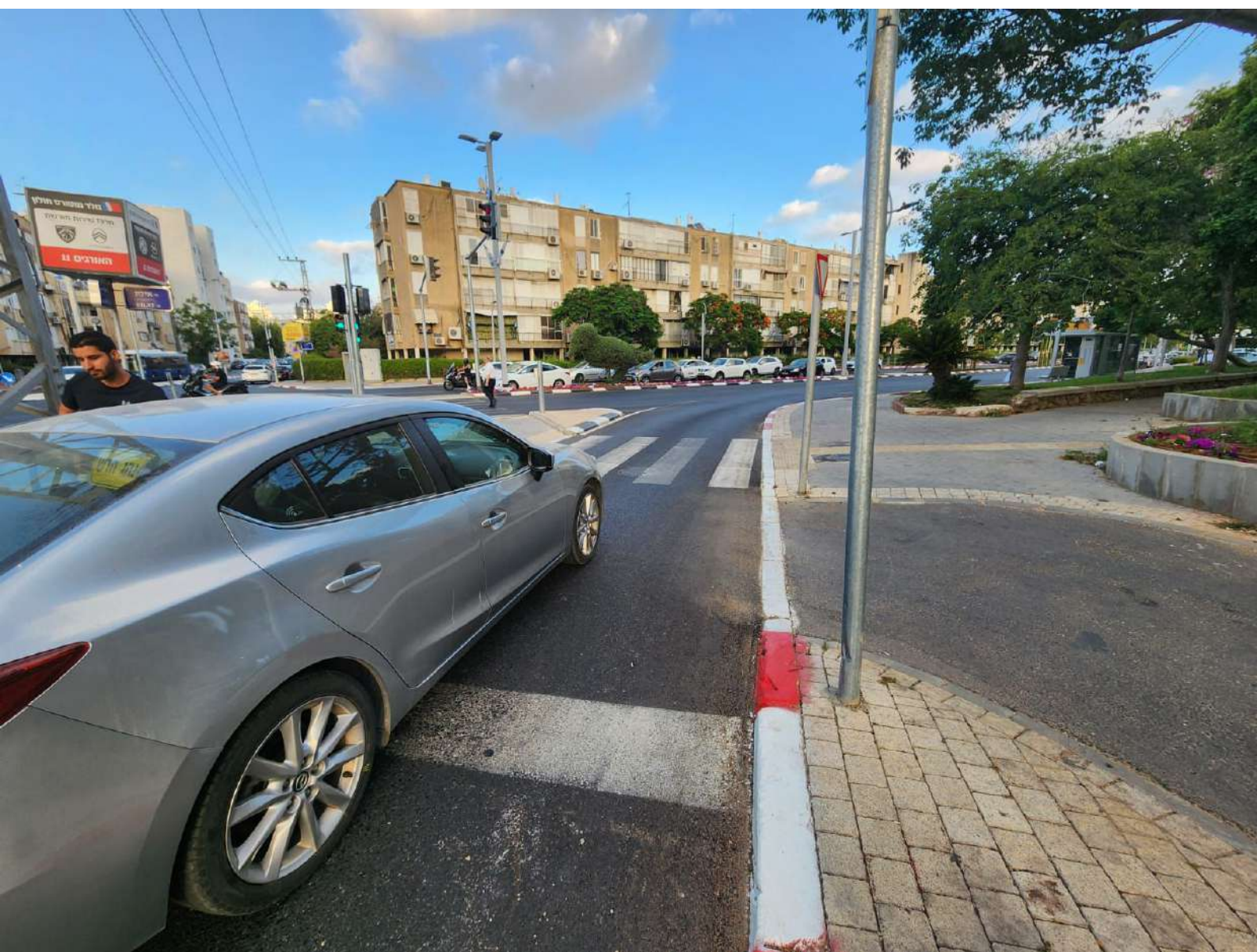
- רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהם רשאים לנהוג ברכב.
- על אף האמור בסעיף 1 לעיל, נקבע בתעודת הביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסווג "מונית" ברישיון הרכב, חבות המבטח תכסה נהיגה ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור.
- נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג על פי הוראות סעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.

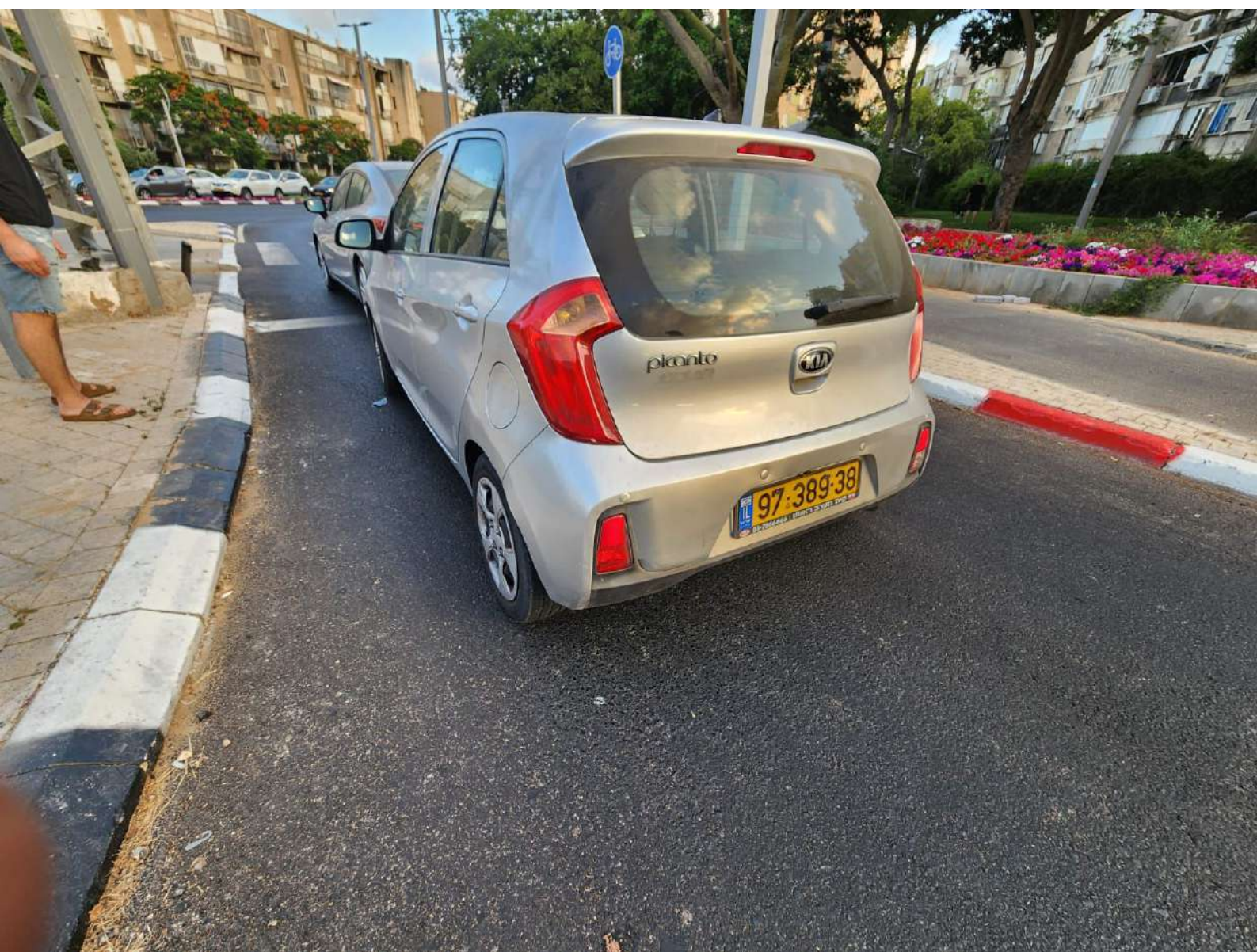
חלק ב: מטרות השימוש המותרות (סעיף 6 לפוליסה):

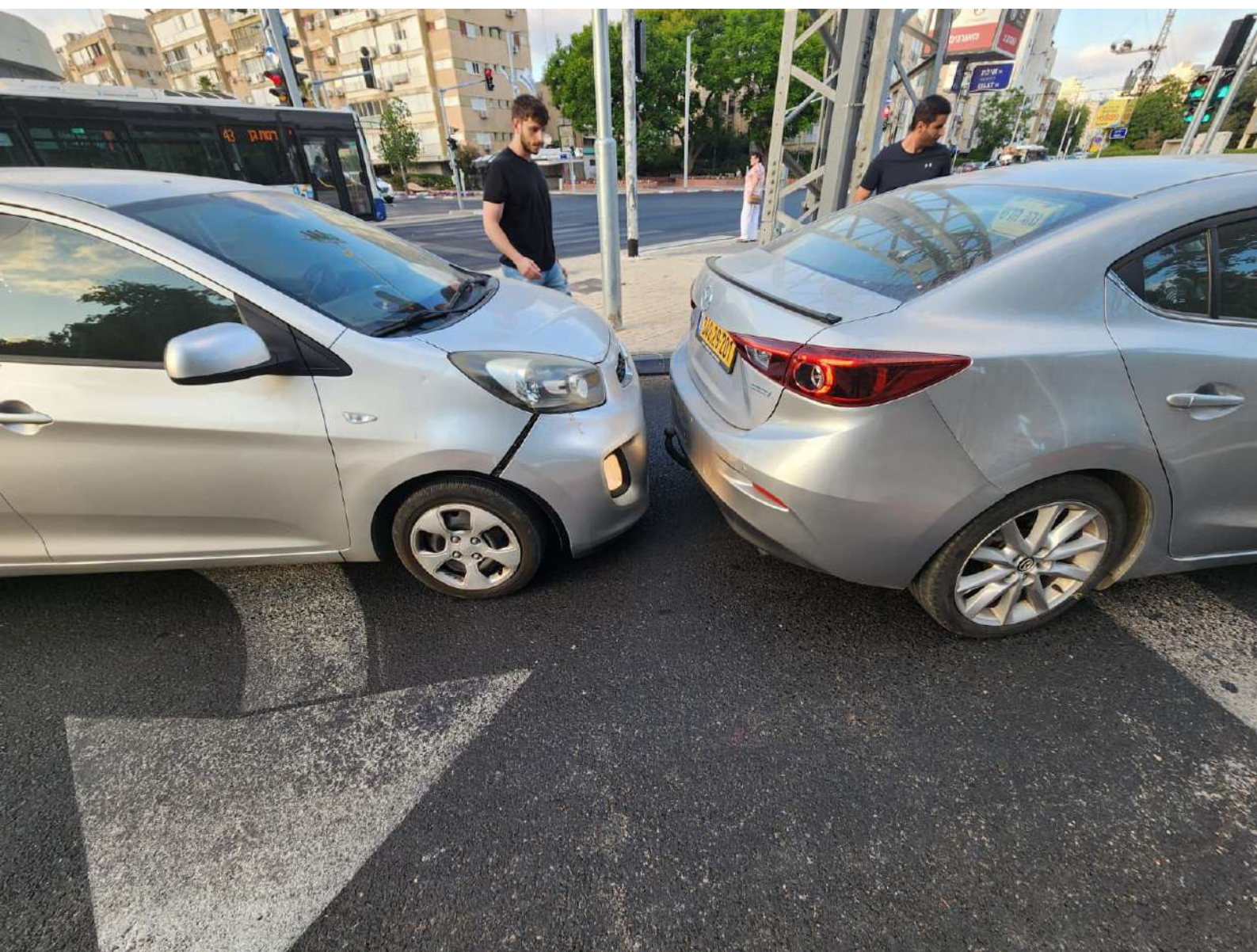
חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבטח לאחת או יותר מטרות אלו:

- מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עסקיות של המבטח שאינן נכללות בסעיפים (2) עד (4).
- 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.
- מטרה עסקית של הסעת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.
- מטרה עסקית של חילוץ או גרירה של רכב מנועי כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמטרה צוינה במפורש בתעודת הביטוח.
- שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות.
- על אף האמור בסעיפים 1-5 לעיל, אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס חוזה שכירות אם המשכיר השכיר את הרכב דרך עיסוקו, אלא אם מטרה זו צוינה במפורש בתעודת הביטוח: לעניין זה, "חוזה שכירות" - למעט חוזה ליסינג תפעולי או חוזה מקח – אגב שכירות (ליסינג מימוני).
- על אף האמור בסעיפים 1-5 לעיל, אין פוליסה זו מכסה שימוש בכלי תחרותי שניתן עליו רישיון כלי תחרותי, למעט שימוש בכלי כאמור בנהיגה ספורטיבית בקטע קישור או בעת נהיגה שאינה 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 מרוץ כלי רכב שנעשה בניגוד להוראות לפי חוק הנהיגה הספורטיבית; לעניין סעיף זה "כלי תחרותי", "נהיגה ספורטיבית" ו"קטע קישור" – כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישיון כלי תחרותי" – כמשמעו בסעיף 6 לחוק האמור.
- בהשבתה - לא יעשה שימוש של נסיעה ברכב או החנייתו, כאמור בהגדרת "שימוש ברכב מנועי".

















טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208413351

שם פרטי: אורן

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0545899265

036572370

טלפון:

מין: ז

19/03/1997

ת.לידה:



0208413351

מיקוד 5935748

כתובת:

השומרים 13/14, בת ים

מכתב שחרור

24/06/2025

תאריך:

שעת קבלה: 21:39

שעת שחרור: 22:03

סיבת הפניה:

תאונת דרכים במנגנון אחורי כנהג, שולל חבלת ראש או פתיחת כריות אויר. שולל כאב ראש, סחרחורות או טשטוש ראייה.

בבדיקה - מהלך בכוחות עצמו נושא משקל ללא אמצעי עזר.
מניע צוואר לכל הכיוונים. ללא רגישות במישוש עמ"ש מותני, גבי, צווארי.
בדיקה ניורולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי פזור ASIA L2-S1, C5-T1
ללא רגישות במישוש עצמות הבריח, גפיים עליונות ותחתונות.

אבחנות פעילות:

- HEALTHY OTHERWISE (07/2012)

טיפול אחות

מדידות:

תאריך	שעה	מדידה	תוצאה
24/06/2025	21:47	לחץ דם	117/78
24/06/2025	21:47	דופק	85
24/06/2025	21:47	אומדן נשימה	סטורציה: 99 מס. נשימות בדקה:

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
24/06/2025	21:47	אומדן כאב	עוצמה: 4	
24/06/2025	21:47	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY

תוכנית טיפולית: - נוגדי כאבים לפי הצורך.
- ניתן להשתמש בקומפרסים חמים
- ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע
במידת הצורך.
- עד לביקורת יש להימנע ממאמצים פיזיים.
- בכל החמרה תסמינית לשוב לבדיקה
רפואית.

ד"ר כהן כפיר



156972

מוקד רפואה דחופה
24/06/2025

ד"ר כהן כפיר

טראומטולוגיה

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 208413351

שם פרטי: אורן

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0545899265

036572370

טלפון:

מין: ז

19/03/1997

ת.לידה:



0208413351

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:

מכתב שחרור

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



156972

מוקד רפואה דחופה
24/06/2025

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 16851370

שם פרטי: אסיה

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0526945548

0773205527

טלפון:

מין: נ

03/03/1969

ת.לידה:

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:



0016851370

מכתב שחרור

24/06/2025

תאריך:

שעת קבלה: 21:37

שעת שחרור: 22:01

סיבת הפניה:

תאונת דרכים במנגנון אחורי כנוסעת, שוללת חבלת ראש או פתיחת כריות אויר.
שוללת כאב ראש, סחרחורות או טשטוש ראייה.

בבדיקה - מהלכת בכוחות עצמה נושאת משקל ללא אמצעי עזר.
מניעה צוואר לכל הכיוונים. ללא רגישות במישוש עמ"ש מותני, גבי, צווארי.
בדיקה נירולוגית תקינה מוטורית וסנסורית לפי פזור ASIA L2-S1, C5-T1
ללא רגישות במישוש עצמות הבריח, גפיים עליונות ותחתונות.

אבחנות פעילות:

- THALASSEMIA MINOR - BETA Suspected (08/2010)
- NEURODERMATITIS DISSEMINATED (02/2018)
- VITAMIN D DEFICIENCY UNS (02/2018)
- PREDIABETES (01/10/2023)

טיפול אחות

מדידות:

תאריך	שעה	מדידה	תוצאה
24/06/2025	21:42	לחץ דם	145/75
24/06/2025	21:42	דופק	85
24/06/2025	21:42	אומדן נשימה	סטורציה: 97 מס. נשימות בדקה:

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
24/06/2025	21:42	אומדן כאב	עוצמה: 4	
24/06/2025	21:42	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY

תוכנית טיפולית: - נוגדי כאבים לפי הצורך.
- ניתן להשתמש בקומפרסים חמים
- ביקורת אורתופד בקופ"ח בעוד שבוע
- במידת הצורך.
- עד לביקורת יש להימנע ממאמצים פיזיים.
- בכל החמרה תסמינית לשוב לבדיקה
- רפואית.



156972

מוקד רפואה דחופה
24/06/2025ד"ר כהן כפיר
טראומטולוגיה

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 16851370

שם פרטי: אסיה

שם משפחה: אנטייב

טל.עבודה/נייד: 0526945548

0773205527

טלפון:

מין: נ

03/03/1969

ת.לידה:

מיקוד 5935748

השומרים 13/14, בת ים

כתובת:



0016851370

מכתב שחרור

ד"ר כהן כפיר

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, אורן אנטייב, מס' 208413351, מרחוב השומרים 13/14 בת ים, ת.ז. ח.פ. מס' _____

- 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 הכת, 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 פס"ד 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 12 לחודש 6 שנה 2026

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>אזור</u>	<u>208413351</u>
<u>השומרים</u>	<u>13/14</u>	<u>בת ים</u>	<u>שם האב</u>
<u>רחוב</u>	<u>מס'</u>	<u>עיר</u>	<u>מיקוד</u>
			<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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____

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

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

תאריך: 12.6.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האב/אמ/אפו/אמו)
X ~~אנואל מויכנ, עו"ד~~ ~~מ.ר. 82354~~

י פ ו י כ ה

אסיה אנטייב

אני הח"מ,

השומרים 13/14 בת ים

16851370

ת.ז.ח.פ. מס' , מרחוב

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 דעתי 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 פס"ד 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

2026

6

לחודש

12

היום

X _____ חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרייברג, עו"ד
עורך מס' 2259

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>16851370</u>	<u>אסיה</u>	<u>אנטיב</u>	<u>שם משפחה</u>
שם האב	שם פרטי	שם פרטי	שם משפחה
<u>13/14</u>	<u>בת ים</u>	<u>13/14</u>	<u>השומרים</u>
מס'	עיר	מס'	רחוב
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</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 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:	1. _____	2. _____	3. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____

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

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

תאריך: 12.6.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)