

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

10.9.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון 7542606

א.ג.נ.,

הנדון: שחר קסורלה, ת.ז. 307837773
תאונה מיום 11.8.20

1. מרשי שבנדון נפגע בתאונה ביום 11.8.20.
2. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
3. לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.
*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

נא ציין את מספר תעודת זהות 307837773 ותאריך הפגיעה 11.09.20 עמוד 1 מתוך 10



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה	☐ שכיר	☐ עצמאי	☐ מתנדב
☐ מחלת מקצוע, פרט	☐ הכשרה מקצועית	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	

שם פרטי		שם משפחה	
אה		קסיר	
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)		מספר אישי בצה"ל	
307837773			
תאריך לידה		תאריך עלייה	
21/07/1993			
שנה חודש יום		שנה חודש יום	
21 07 1993			
מצב משפחתי: ☒ רווק/ה ☐ אלמ/ה ☐ פרוד/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרושה ☐ ידוע/ה בציבור			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
הירקון	5		6
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:			
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר	
		ס"ב	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		

נא ציין את מספר תעודת זהות 304837773 ותאריך הפגיעה 11.08.20 עמוד 2 מתוך 10

2

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מחזיק/הערה מהערת

שם מעסיק/ מפעל		תפקיד החובע במקום העבודה		טלפון קווי
הילד ישי יאסל		הטני רכב		03 - 969 20 111
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
האכניק	48	האכניק		03 - 950 56 611
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ ק. פרט: _____ האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: ☒ לא ☐ ק. פרט: _____ עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)				
שם העסק		סוג העיסוק		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד

2א'

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת		
☐ שב"ס	☐ משא"ז	טלפון נייד	
☐ משטרה	☐ אחר		
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____ האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

נא ציין את מספר תעודת זהות 307837773 ותאריך הפגיעה 11.08.20 עמוד 3 מתוך 10

3

פרטי הפגיעה				
תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
11/08/20	ס'ו	13:40	12.08.20	11:00
היכן אירעה הפגיעה? ☒ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ תאונה בבניין כתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____				
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מסף), נא פרט <u>נפילת מל גגן גג</u> <u>נפילת מל גגן גג</u> האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט: _____				
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר	
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר	
האם מדובר בתאונת דרכים? ☒ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4				
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה				
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד		
11/08/20	מ'א	מנהל עבודה		

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפניה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)			
האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם החפא/שיחת רפואי)	
כתל 3, שור, סט	מ'א		
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה	
שנה חודש יום	שעה		
קופת חולים שבה אתה חבר ☒ כללית ☐ לאומית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר _____		האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☒ לא ☐ כן, פרט _____	
פרטי הרופאים המטפלים			
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

סייע בהגשת התביעה

5

האם תביעתך הוגשה באמצעות נזף מסייע? ☐ לא ☒ כן.

הנזף המסייע ☒ עו"ד ☐ חברת ממשל זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים

שם הנזף המסייע: ד"ר אריאל פרידמן

פרטים על תאונת דרכים

6

מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☐ כן. (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)
------------------	-------------------------------	---

האם נפגעת בהיותך:	☐ חולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)
-------------------	--

סוג הרכב המעורב בתאונה:	☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב	מספר רישוי
-------------------------	--	------------

הרכב בבעלות:	☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר
--------------	--

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____

פרטי הנהג	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
נוסעים נוספים ברכב:	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה
-------------------------------	----------------	------------

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?	שם העו"ד המטפל
תביעה נגד	כתובת
טלפון	פקס
התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר	מס' תיק אזרחי

נא ציין את מספר תעודת זהות 307137773 ותאריך הפגיעה 11.08.20 עמוד 5 מתוך 10

7 פרטים על תאונה בנזיקין

סוג התאונה בנזיקין	☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____ ☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____ כתובתו _____ מס' טלפון _____ מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____	
האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____	

8 פירוט העיסוקים לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים
☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____
☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה ☒		מתאריך _____ עד תאריך _____ שנה _____ חודש _____ יום _____
מתאריך _____ עד שעה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	מתאריך _____ עד שעה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	שהיתי ☐ בעסק / בעבודתי
מתאריך _____ עד שעה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	מתאריך _____ עד שעה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 01.09.20 ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה
 שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____
 משעה 04:00 עד שעה: 16:36 ☐ עבודה במשמרות

9 הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) מכונס' רכב

היך בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) הוסק הילוק ב'ב' רכב הנכס' 48

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) א-ה 8:00-16:36, 07:30-10:00

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך 09.09.20 שם פרטי ומשפחה ממ קסרל חתימה X

10 פרטי חשבון הבנק של החובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבון שפרטתי ראשיתם מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
ממ קסרל	ממ קסרל	344	270041

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכמים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לאו עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 9.9.20 חתימת מקבל התשלום X

11 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיזור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

נא ציין את מספר תעודת זהות 307837773 ותאריך הפגיעה 11.08.20 עמוד 7 מתוך 10

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע ישלח באמצעות הערוצים ~~אולם~~ ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע *

תאריך 02.09.20

פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב		

נא ציין את מספר תעודת זהות 304837773 ותאריך הפגיעה 11.08.90 עמוד 8 מתוך 10
 למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

13

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____
 2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

14

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש _____		☐	☐				
חודש _____		☐	☐				
חודש _____		☐	☐				
חודש _____		☐	☐				

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: חתימת המעסיק: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

שם העובד/ת: קסודלה שחר 082

מספר זהות: 307831773

סוג משורה: ☒ יחידה/מלאה

☐ חלקית

☐ זמית

י"ע לשבוע: 6 ש"ע ליום: 7.28

תאריך תחילת עבודה: 14/04/19

תאריך סיום עבודה: 11/08/20

פירוט שכר ב-4 החדשים שקדמו להפסקת עבודתו/ה:

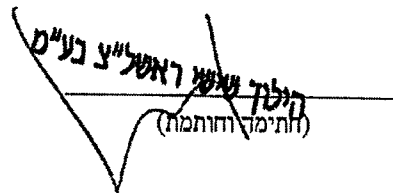
שנה/חדש	השכר החייב במס	השכר החייב ביטוח דמי	דמי ביטוח ודמי בריאות שנוכו	בסיס שכר	אחוז המשרה	מספר ימי עבודה בשכר	מספר ימים עבדו לא שולם השכר הסיבה
08/20	3248	3248	114	יומי	40.0%	10.0	
07/20	10285	8295	457	יומי	96.0%	24.0	
06/20	9108	9307	579	יומי	100.0%	25.0	
05/20	8343	8542	487	יומי	92.0%	23.0	

בתקופה המפורטת לעיל שולם שכר נוסף ו/או הפרשים כמפורט להלן. תשלומים נוספים נפרסו והפרשי שכר יוחסו לחדשים המתאימים.

ב- 07/20 שולם תשלום נוסף הבראה בסך: 2189 ש"ח לתקופה מ-08/19 עד 07/20

בחדש 08/20 שולם לעובד עד תאריך הפגיעה (11/08/20) שכר בסך: 3248 ש"ח.

הצהרת המעסיק: אני מאשר את נכונות הפרטים באישור זה.


הולך ששן ראשון נע"מ
(חתימה חותמת)

נא ציין את מספר תעודת זהות 304837773 ותאריך הפגיעה 11.08.20 עמוד 9 מתוך 10

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/הרן דמי מחלה

15

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 12.98

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

הצהרת המעסיק

16

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל:
נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אם מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה
תאריך 9.9.20 תפקיד החותם מ. כ. ח שם החותם ד"ר א. ח. ח חתימה וחולמת חתימה וחולמת

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

17

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיצוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחולמת *

(מדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 307837773 ותאריך הפגיעה 11.8.20 עמוד 10 מתוך 10

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	307837773	11/08/2020 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
קסלר	מר	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 9.9.20 חתימת המבוטח x

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

<u>קסולה</u> שם משפחה	<u>סדר</u> שם פרטי	<u>307837773</u> תעודת זהות	<u>נב</u> שם האב
<u>ביתן</u> רחוב	<u>5</u> מס'	<u>רואל"3</u> עיר	<u>טלפון</u> מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמו 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. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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

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

תאריך: 9.9.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

טו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 307832773 מס', מר חוב ברקן S הלל קסולף סר
ת.ז. מס' 307832773, מרחוב ברקן S הלל להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום 11.20
נגד הפועלות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל

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 במחיקתי 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.

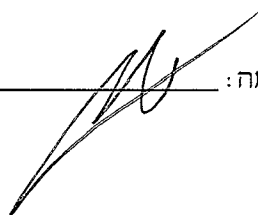
15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

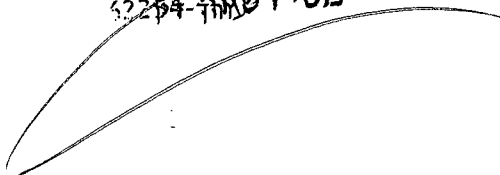
היום _____ 9 לחודש _____ 9 שנה _____ 20

X _____ חתימה:



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריימאן
מס' רשומות-62254



3171

שם הרופא: ד"ר (רופא) ויקטור מרקין
תחום: אורתופדיה
מספר רשיון: 30577
כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון
טלפון: 03-9681888
פקס: 03-9681842

מחוז: מרכז
מרכז מקצועי: ראשון לציון

תאריך: 13/08/2020

הפניה לדימוות

פרטי המטופל	00-30783777-3	27.60	ז	21/07/1993	משה
קסורלה שחר	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
ראשון לציון	הירקון	5 / 6	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב			טלפון	

תאריך תאונה: 11/08/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 32061709517

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061709517

תז נבדק



0307837773

רשיון רופא



030577

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או בנמצ של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימוות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחר

קוד	קוד	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	LT028	US .a.s. כתף שמאל	10405032

המטופל מתלונן על: נחבל בצוואר, ראש, כתף שמאל מחפץ כבד בעבודה

ממצאים עיקריים: רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות של ע"ש צוואר, ללא חסר נוירולוגי
רגישות בכתף שמאל, הגבלה באבדוקציה וסיבוב פנימי
צ. כתף שמאל - שבר יסו לא מחובר של עצם הבריח

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
9230	LT	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
920		CONTUSION OF FACE SCALP NECK

בעיות פעילות

מגילי	אפיין	בעיה
01/11/2004	BRAIN	CONCUSSION
01/01/2010		SMOKER

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימוות

13/08/2020

הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

00-30783777-3

קסורלה שחר

30577

ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

חתימה: חותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

תאריך: 13/08/2020

מחוז: מרכז
מפא: פנסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	קסורלה שחר	שם משפחה ושם פרטי	מס זרות	גיל	ז	ת. לידה	משה
00-30783777-3	27.00	54	21/07/1988	54	0798445	טלפון נוסף	טלפון נוסף
מס זרות	מס בית	חירקון	רחוב	ראשון לציון	ישוב		
8 / 6							

תאריך תאונה: 11/08/2020

סוג תאונה: 2 תאונות עבודה

אבחנה	איפיון	קוד
ECNUSION ARM/SHOULDER/AXILLA	LT	9230
CONTUSION OF FACE SCALP NECK		920

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום: 12/08/2020 עד יום: 31/08/2020 (בכלל) סה"כ: 20 ימים

13/08/2020

13/08/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

חתימה וחזותמ הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חזותמ המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך 13/08/2020

הפניה לדימות

פרטי המטופל	00-30783777-3	27.00	ז	21/07/1993	משה
קסורלה שחר	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה	שם האב
ראשון לציון	הירקון	5 / 6	מס בית	54 - 9796445	54 - 9796445
ישוב	רחוב			טלפון	טלפון נוסף

11/08/2020

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 35155362183



ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס הפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: צילום כתף שמאל

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
רפואי	78109	73030	צילום כתף מלא שמאל
10401036			

המטופל מתלונן על בזמן עבודתו נפל עליו ניגון מתכת על הכתף שמאל וראש וצוואר
ללא איבוד הכרה
כאבים באזור כתף שמאל כאבים בצוואר כאבי ראש
VDCKV CVPKGV

סימנים חיוניים גובה 176 נמדד ב: 31/07/2017 משקל 64 נמדד ב: 31/07/2017 BMI 20.66

לחץ דם 110 /70 נמדד ב: 31/07/2017

דופק 66 נמדד ב: 31/07/2017 סדיר

22/08/2018 מתאריך 116.65 eGFR

אבחנה משוערת

קוד	אבחנה	איפיון
A80	ACCIDENT/INJURY; NOS	
	CONTUSION LT SHOULDER	

דף 1 מ 2

13/08/2020

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר מרה ברקוביץ 00-30783777-3

הפניה לדימות

קסורלה שחר

CONCUSSION	בעיה	איפיון	מ.גילוי
SMOKER		BRAIN	01/11/2004
			01/01/2010

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

18950	ד"ר מרה ברקוביץ	שם הרופא
מספר רשיון		
חתימה וחותמת הרופא		

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מבניה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

מספר רשיון 30577
כתובת יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון
טלפון 03-9681882
פקס 03-9681842
מחוז: מרכז
מחוז: מרכז

07/09/2020 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

קסורלה שחר

שם משפחה ושם פרטי

00-30783777-3
27.01 גיל
ז מין
21/07/1993 ת.לידה
משה שם האב
54 - 9796445 טלפון נוסף
54 - 9796445 טלפון

הירקון

ראשון לציון
י"ש

רחוב

5 / 6
מס בית

11/08/2020 תאריך תאונה

2 תאונת עבודה סוג תאונה

שלום רב,

07/09/2020

תאריך הביקור:

11/08/2020 תאריך תאונה

2 תאונת עבודה סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/08/2020
נחבל בצוואר, ראש, כתף שמאל מחפץ כבד בעבודה
07/09/2020: ביקורת

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 13/08/2020:
רגישות בצוואר, הגבלה בתנועות של ע"ש צוואר, ללא חסר נוירולוגי
רגישות בכתף שמאל, הגבלה באבדוקציה וסיבוב פנימי
צ. כתף שמאל - שבר ישר לא מחובר של עצם הבריח
07/09/2020: US כתף שמאל - תקין

אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA	LT	9230
CONTUSION OF FACE SCALP NECK		920

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 13/08/2020:
הפניה לדימות - US o.s.a-78003 כתף שמאל
07/09/2020:

סיכום והמלצות: משככי כאבים
פיזיותרפיה

בברכה,

30577

ד"ר (רופא) ויקטור מרקין

חתימת וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא