

כ"א אייר תשפ"ב, 22/05/2022 החלטה
בקשה 21 בתיק 20407-10-19
שו' עמיעד רט

לסיכומים. ת.א. 20407-10-19
ומה עם שאר המסמכים שנדרשו בפני כב' השופט: עמ'
בהחלטה מיום 9.5.22?

*** נחתם דיגיטלית ***

בבית משפט השלום
בהרצליה

נערך ונחתם ביום: 22.5.22
בזיקה להחלטה מיום 11.5.22 – אין מועד אחרון להגשה

רמי אנאקי ת.ז. 57843021 התובע:

באמצעות עו"ד אריאל פרייברג
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983

– נ ג ד –

1. חצר המלכה אירועים, ח.פ. 51-2810839 הנתבעות:

2. הראל, חברה לביטוח בע"מ
שתיחן באמצעות הישראלי רוטשטיין – משרד עו"ד
מרחוב תובל 22, רמת גן
טל': 03-5757793; פקס: 03-5757794

הודעה מטעמו של התובע

בזיקה להחלטת בית המשפט הנכבד מתכבד התובע להודיע ולצרף אסמכתאות כדלקמן:

1. בגין התאונה מיום 6.10.16 קבעה ועדה רפואית לעררים אשר התקיימה ביום 29.4.18 כי אין מקום לניכוי מצב קודם וכי נכותו הצמיתה של התובע לתאונה הינה בשיעור של 10% לפי סעיף ליקוי 37 (7) א. – הגבלה קלה בתנועות עמוד השדרה המותני.

2. בנוסף, מצאה הועדה הנכבדה לנכון להפעיל תקנה 15 באופן חלקי כך שנכותו הצמיתה בגין תאונה זו נקבעה בשיעור של 13.33%.

*רצ"ב העתק החלטה ופרוטוקול.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

www.btl.gov.il

המוסד לביטוח לאומי



ועדות רפואיות

שירות חדש: זימון תור 8321*

סניף: רמלה
דני מס 9
רמלה 7210002

טל: 6050 או 8812345-04
פקס: 9777393-08
שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
קבלת קהל: לפי הזמנה

תיק: 57843021

דף 1 מתוך 1

לכבוד

רחמים אטאקי

ת.ד. 126

קריית מלאכי 8310002

800-000-002



תיק: 57843021

י"ח באייר, תשע"ח
03 במאי 2018

אדון נכבד,

הנדון: הודעה על החלטת ועדה רפואית לעררים

תביעתך לגימלת נכות- פגיעה בעבודה מ- 06/10/16

לידיעתך, ביום 29/04/18 קבעה ועדה רפואית לעררים את דרגת הנכות כדלקמן:

נכות זמנית	מתאריך	עד תאריך
40.00 %	06/01/17	31/03/17
30.00 %	01/04/17	30/06/17
20.00 %	01/07/17	30/09/17

דרגת נכות יציבה בשיעור 13.33% החל מ-01/10/17.

הודעה בקשר לזכאותך לגימלה, תישלח אליך בנפרד ממחלקת נפגעי עבודה.

החלטת הועדה הרפואית לעררים היא סופית, אך ניתן לערער עליה, בשאלת חוק בלבד לבית הדין האזורי לעבודה שמענו:

את הערעור יש להגיש בתוך 60 יום מקבלת ההודעה זו. יש לצרף העתק מההודעה לכתב הערעור.

לתשומת ליבך: אם בעתיד תחול החמרה במצבך כתוצאה מהפגיעה בעבודה תתיה רשאי לבקש קביעת מחדש של דרגת נכותך.

לידיעתך, אם אינך מסוגל לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או מעסק הינך רשאי להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקק".

הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים.

מי שנקבעה לו דרגת נכות יציבה בשיעור 10% לפחות עשוי להיות זכאי לשיקום מקצועי.

אם אין ביכולתך לחזור לעבודה הקודמת הינך רשאי/ת לפנות ליחידת השיקום בסניף מגורייך לבדיקת זכאותך.

מצורף בזה העתק מפרוטוקול הועדה. מסירת העתק נוסף תהיה כרוכה בתשלום.

בכבוד רב,

אניטה כהן

מזכיר ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג

יגאל אלון 65 תל אביב -יפו 76100

דו"ח ועדה
רפואית לעררים
386845

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) פיצול									
מס' זהות / דרכון דפים									
סוג המסמך 9 6									

	סודר בקשה
	סודר דין
	מס' ועדה
	משא הדיון

פרטי התובע											
שם משפחה			שם פרטי			מין		תאריך לידה		מספר זהות	
אנא/י			רמז'ם			זכר ☐ נקבה ☐		02/08/1964		0578430211	
כתובת											
רחוב											
מס' בית											
כניסה											
דירה											
תא דואר											
ישוב											
מיקוד											
טלפון קווי											
טלפון נייד											
דואר אלקטרוני											

מסמכים וחוות דעת שעמדו בפני הועדה

תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
3/10/88	דו"ח	6/10/88	דו"ח
6/10/88	דו"ח	7/10/88	דו"ח
3/11/88	דו"ח	8/10/88	דו"ח
4/11/88	דו"ח	9/10/88	דו"ח
5/11/88	דו"ח	10/10/88	דו"ח

☐ חזר לעבודה בתאריך 4/11/88 ☐ לא עובד, הסיבה _____
☐ החליף עבודה/עובד חלקי, הסיבה _____
☐ האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☒ כן, הסיבה _____
☐ ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☒ כן, פרט _____
☐ טיפול תרופתי ☒ פיזיותרפיה ☐ המשך מעקב ☐ טיפול משלים ☐ אחר _____

(10.2013) 221 72

386845

עמוד 3 מתוך 6

שם התובע	מספר זהות ב"ס	סדר בקשה	סדר דיון	נושא הדיון	מס' ועדה
6 התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:					
7 ממצאים בבדיקת הועדה:					
8 התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:					

תחום רפואי	שם הרופא	% וסעיף נכות יציבה	% זמנית	תחילת הנכות הזמנית	החלטת הועדה

386845

עמוד 4 מתוך 6

שם התובע	מספר זהות ס"ב	סודר בקשה	סודר דין	נושא הדין	מס' ועדה
9 אבחנות: 10 סיכום ומסקנות יש לפרט האם הנכות מבעת מהפגיעה ובאיזו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה הוצאה ח"מ לטובת לימודים ב- 28/10/88 ע"י המועצה העממית לזכויות הנכים שמו לב ל ה- 28/10/88 לטובת צו"ח שהוצא על שמו (ע"י מועצה לזכויות) ומועד זכויות הן לזכויות ע"י המועצה שכן המועצה איננה יכולה להעביר זכויות שיוכלו להיכלל אצל יועץ או אחרת המועצה אין לה סמכות שני סעי' 33(ב) ו-33(א) המועצה קבעה (כיוון שהיא לא קצתה) נכבד המועצה ה- 28/10/88 מועד 30/13/88 נכבד המועצה 30/13/88 ה- 28/10/88 וצ"ח 30/16/88 נכבד המועצה 30/16/88 המועצה וצ"ח 30/19/88 ומועד זמן עובד המועצה					

386845

עמוד 6 מתוך 6

שם התובע		מספר זהות		סדר בקשה	סדר דיון	נושא הדיון	מס' ועדה																														
נכות יציבה נוספת <table border="1"> <tr> <th>בשיעור</th> <th>הליקוי</th> <th>סעיף במבחנים</th> <th>מצב קודם</th> <th>מידת השפעה סה"כ 100%</th> <th>% הנכות הנובע מההפגיעה</th> </tr> <tr> <td>%</td> <td>במילים</td> <td></td> <td>% נכות</td> <td>שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								בשיעור	הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם	מידת השפעה סה"כ 100%	% הנכות הנובע מההפגיעה	%	במילים		% נכות	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%						שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%													
בשיעור	הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם	מידת השפעה סה"כ 100%	% הנכות הנובע מההפגיעה																																
%	במילים		% נכות	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%																																	
				שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%																																	
סה"כ הנכות הנובעת מההפגיעה הנדונה: במילים: _____ הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____ סה"כ דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____ התחומות הפוסקים הרפואיים אני מצהיר בזאת כי: א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי. ב. אני הרופא המטפל של התובע. ג. לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע. ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע. ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה או מנהל בית החולים בו אני עובד. <table border="1"> <tr> <th>שם הפוסק הרפואי</th> <th>מומחיות</th> <th>חתימה וחותמת</th> <th>תאריך</th> </tr> <tr> <td>1. ד"ר ארנסט אברהם</td> <td>21/11/17</td> <td>7513</td> <td>29/4/18</td> </tr> <tr> <td>2. ד"ר ארנסט אברהם</td> <td>21/11/17</td> <td>7513</td> <td>19/4/18</td> </tr> <tr> <td>3. ד"ר ארנסט אברהם</td> <td>21/11/17</td> <td>7513</td> <td>19/4/18</td> </tr> </table> אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע. שקבע המוסד לביטוח לאומי. תאריך: 19/4/18 שם מזכיר הישיבה: _____ חתימת וחותמת: _____								שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך	1. ד"ר ארנסט אברהם	21/11/17	7513	29/4/18	2. ד"ר ארנסט אברהם	21/11/17	7513	19/4/18	3. ד"ר ארנסט אברהם	21/11/17	7513	19/4/18														
שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך																																		
1. ד"ר ארנסט אברהם	21/11/17	7513	29/4/18																																		
2. ד"ר ארנסט אברהם	21/11/17	7513	19/4/18																																		
3. ד"ר ארנסט אברהם	21/11/17	7513	19/4/18																																		