

ת.א. 20407-10-19
בפני כב' השופט : עמיעד רט

בבית משפט השלום
בהרצליה

נערך ונחתם ביום : 23.5.22
בזיקה להחלטה מיום 22.5.22 – 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
שתייהן 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 כדלקמן:

1. פירוט התשלומים אשר השתלמו לתובע מטעמו של המל"ל בגין כל אחת מהתאונות צורפו להודעת התובע מיום 11.5.22.
2. פירוט הנכויות צורפו להודעת התובע מיום 22.5.22.
3. התובע מתכבד לצרף העתקם בשנית רצוף להודעתו זו.
4. פירוט התשלומים הרצ"ב הינו זה שהופק באמצעות האזור האישי של התובע באתר המל"ל.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



סניף : רחובות
טלפון : 04-8812345 *6050

ח' באייר, תשפ"ב
09 במאי 2022
מספר תיק : 00-05784302-1

לכבוד
מר רחמים אנאקי
ת.ד. 126
קריית מלאכי 8310002

הנדון: אישור שנתי למס הכנסה לשנת 2016 - תקבולי דמי פגיעה

הננו מאשרים בזה כי בתקופה 01.01.2016 עד 31.12.2016
שולמו לך תגמולי דמי פגיעה ברוטו בסך : 7,772 ש"ח.

ניכוי המס נעשה על פי בסיס יומי. חבות המס הסופית תעשה, אם וכאשר, יוגש על ידך דוח
שנתי על ההכנסות - לשלטונות מס הכנסה.

ניכוי המס הועבר לפקיד שומה ירושלים לתיק ניכויים 941774770.

הנני מצהיר בזה כי פרט לסכומים הנ"ל לא שילמתי לני"ל או עבורו/ה סכומים נוספים ולא
זיכיתי את חשבונו/ה בסכומים נוספים, בנושא זה.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע
של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים.
אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



טלפון : 04-8812345-6050*

ח' באייר, תשפ"ב
09 במאי 2022
מספר זהות : 05784302/1

לכבוד
מר אנאקי רחמים
ת"ד 126
קריית מלאכי 8310002

ריכוז תשלומים שנתי - 2016

מוצג בפניך ריכוז תשלומים שנתי המפרט את הפעילות הכספית שבוצעה בענייך במוסד לביטוח לאומי.

קצבאות

קצבה	סה"כ תשלומים ברוטו (ש"ח)	סה"כ ניכויים (ש"ח)	סה"כ תשלומים לבנק (ש"ח)	נתונים נוספים
דמי פגיעה	7,772	272	7,500	ת.פגיעה: 06.10.16, תקופה אי כושר: 05.01.17-07.10.16, סה"כ 91 יום

* הניכויים כוללים ניכויי חובה: דמי ביטוח לאומי ו/או דמי ביטוח בריאות ו/או מס הכנסה וניכוי חוב. המידע באישור זה אינו כולל תשלומים של דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות אשר שולמו באמצעות המעסיק.

הערות

על פי רישומנו הינך חבר/ה בשרותי בריאות כללית.

לתשומת לבך, אישור זה מספק מידע על תשלומים שבוצעו בשנה האמורה ואינו מהווה אסמכתא לזכאויותיך בשנה זו.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים. יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון: שינוי במצב המשפחתי או הכנסות. אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



סניף : רחובות
טלפון : 04-8812345 *6050

ח' באייר, תשפ"ב
09 במאי 2022
מספר תיק : 00-05784302-1

לכבוד
מר רחמים אנאקי
ת.ד. 126
קריית מלאכי 8310002

הנדון: אישור שנתי למס הכנסה לשנת 2017 - תקבולי דמי פגיעה

הננו מאשרים בזה כי בתקופה 01.01.2017 עד 31.12.2017
שולמו לך תגמולי דמי פגיעה ברוטו בסך : 5,083 ש"ח.

ניכוי המס נעשה על פי בסיס יומי. חבות המס הסופית תעשה, אם וכאשר, יוגש על ידך דוח
שנתי על ההכנסות - לשלטונות מס הכנסה.

ניכוי המס הועבר לפקיד שומה ירושלים לתיק ניכויים 941774770.

הנני מצהיר בזה כי פרט לסכומים הנ"ל לא שילמתי לני"ל או עבורו/ה סכומים נוספים ולא
זיכיתי את חשבונו/ה בסכומים נוספים, בנושא זה.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע
של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים.
אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



טלפון : 04-8812345-6050*

ח' באייר, תשפ"ב
09 במאי 2022
מספר זהות : 05784302/1

לכבוד
מר אנאקי רחמים
ת"ד 126
קריית מלאכי 8310002

ריכוז תשלומים שנתי - 2017

מוצג בפניך ריכוז תשלומים שנתי המפרט את הפעילות הכספית שבוצעה בענייך במוסד לביטוח לאומי.

קצבאות

קצבה	סה"כ תשלומים ברוטו (ש"ח)	סה"כ ניכויים (ש"ח)	סה"כ תשלומים לבנק (ש"ח)	נתונים נוספים
דמי פגיעה	5,083	178	4,905	ת.פגיעה: 06.10.16, תקופה אי כושר: 05.01.17-07.10.16, סה"כ 91 יום
פשיטות רגל	6,063	320	5,743	התשלום הוא בעבור שכר עבודה

* הניכויים כוללים ניכויי חובה : דמי ביטוח לאומי ו/או דמי ביטוח בריאות ו/או מס הכנסה וניכוי חוב. המידע באישור זה אינו כולל תשלומים של דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות אשר שולמו באמצעות המעסיק.

הערות

על פי רישומנו הינך חבר/ה בשרותי בריאות כללית .

לתשומת לבך, אישור זה מספק מידע על תשלומים שבוצעו בשנה האמורה ואינו מהווה אסמכתא לזכאויותיך בשנה זו.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים. יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון : שינוי במצב המשפחתי או הכנסות. אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



סניף : רחובות
טלפון : 04-8812345 *6050

ח' באייר, תשפ"ב
09 במאי 2022
מספר תיק : 00-05784302-1

לכבוד
מר רחמים אנאקי
ת.ד. 126
קריית מלאכי 8310002

הנדון: אישור שנתי למס הכנסה לשנת 2018 - תקבולי דמי פגיעה

הננו מאשרים בזה כי בתקופה 01.01.2018 עד 31.12.2018
שולמו לך תגמולי דמי פגיעה ברוטו בסך : 4,649 ש"ח.

ניכוי המס נעשה על פי בסיס יומי. חבות המס הסופית תעשה, אם וכאשר, יוגש על ידך דוח
שנתי על ההכנסות - לשלטונות מס הכנסה.

ניכוי המס הועבר לפקיד שומה ירושלים לתיק ניכויים 941774770.

הנני מצהיר בזה כי פרט לסכומים הנ"ל לא שילמתי לנ"ל או עבורו/ה סכומים נוספים ולא
זיכיתי את חשבונו/ה בסכומים נוספים, בנושא זה.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע
של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים.
אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



טלפון : 04-8812345-6050*

ח' באייר, תשפ"ב
09 במאי 2022
מספר זהות : 05784302/1

לכבוד
מר אנאקי רחמים
ת"ד 126
קריית מלאכי 8310002

ריכוז תשלומים שנתי - 2019

מוצג בפניך ריכוז תשלומים שנתי המפרט את הפעילות הכספית שבוצעה בענייך במוסד לביטוח לאומי.

קצבאות

קצבה	סה"כ תשלומים ברוטו (ש"ח)	סה"כ ניכויים (ש"ח)	סה"כ תשלומים לבנק (ש"ח)	נתונים נוספים
נכות מעבודה	12,919	0	12,919	ת.פגיעה: 19.06.2018

* הניכויים כוללים ניכויי חובה : דמי ביטוח לאומי ו/או דמי ביטוח בריאות ו/או מס הכנסה וניכוי חוב. המידע באישור זה אינו כולל תשלומים של דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות אשר שולמו באמצעות המעסיק.

הערות

על פי רישומנו הינך חבר/ה בשרותי בריאות כללית .

לתשומת לבך, אישור זה מספק מידע על תשלומים שבוצעו בשנה האמורה ואינו מהווה אסמכתא לזכאויותיך בשנה זו.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים. יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון : שינוי במצב המשפחתי או הכנסות. אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



המוסד לביטוח לאומי

סניף: רחובות
טלפון: *6050 04-8812345

ח' באייר, תשפ"ב
09 במאי 2022

מספר תיק: 05/784302-01-11

לכבוד
אנאקי רחמים
ת.ד. 126
קרית מלאכי 8310002

הנדון: אישור על תשלומים בגמלת נכות מעבודה בשנת 2019

אנו מאשרים כי למר אנאקי רחמים, מספר זהות 05784302/1 שולמה גמלת נכות מעבודה עקב פגיעה בעבודה מיום 19/06/2018 על-פי הוראות פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי.

הגמלאות חושבו לפי שכר רבע שנתי (בסיס) על סך 7,641 ש"ח.
להלן פירוט התשלומים:

נטו לתשלום	סה"כ ניכויים	פירוט ניכויים/חובות						סה"כ תשלום ברוטו	הרכב תשלום			תאריך תשלום
		קיזוזים		ביטוח הדדי	גמלת יתר	ארגון נכים	ביטוח בריאות					
		סכום	תאור									
									סכום	תאור	אחר/חד פעמי	
12,919							12,919	11,094	מענק חד פעמי		11/02/2019	
								1,825	09/2018-01/2019	קצבה		
12,919							12,919	12,919			סה"כ	



בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי

אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.
בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ראו בתיקו של המבוטא, הרישומים שבידי המוסד קובעים.
אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



טלפון : 04-8812345-6050*

ח' באייר, תשפ"ב
09 במאי 2022
מספר זהות : 05784302/1

לכבוד
מר אנאקי רחמים
ת"ד 126
קריית מלאכי 8310002

ריכוז תשלומים שנתי - 2018

מוצג בפניך ריכוז תשלומים שנתי המפרט את הפעילות הכספית שבוצעה בענייך במוסד לביטוח לאומי.

קצבאות

קצבה	סה"כ תשלומים ברוטו (ש"ח)	סה"כ ניכויים (ש"ח)	סה"כ תשלומים לבנק (ש"ח)	נתונים נוספים
נכות מעבודה	36,243	721	35,522	ת.פגיעה: 06.10.2016
דמי פגיעה	4,649	164	4,485	ת.פגיעה: 19.06.18, תקופה אי כושר: 20.06.18-31.08.18, סה"כ 73 יום

* הניכויים כוללים ניכויי חובה: דמי ביטוח לאומי ו/או דמי ביטוח בריאות ו/או מס הכנסה וניכוי חוב. המידע באישור זה אינו כולל תשלומים של דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות אשר שולמו באמצעות המעסיק.

הערות

על פי רישומנו הינך חבר/ה בשרותי בריאות כללית.

לתשומת לבך, אישור זה מספק מידע על תשלומים שבוצעו בשנה האמורה ואינו מהווה אסמכתא לזכאויותיך בשנה זו.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים. יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון: שינוי במצב המשפחתי או הכנסות. אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



טלפון : 04-8812345-6050*

ח' באייר, תשפ"ב
09 במאי 2022
מספר זהות : 05784302/1

לכבוד
מר אנאקי רחמים
ת"ד 126
קריית מלאכי 8310002

ריכוז תשלומים שנתי - 2019

מוצג בפניך ריכוז תשלומים שנתי המפרט את הפעילות הכספית שבוצעה בענייך במוסד לביטוח לאומי.

קצבאות

קצבה	סה"כ תשלומים ברוטו (ש"ח)	סה"כ ניכויים (ש"ח)	סה"כ תשלומים לבנק (ש"ח)	נתונים נוספים
נכות מעבודה	12,919	0	12,919	ת.פגיעה: 19.06.2018

* הניכויים כוללים ניכויי חובה : דמי ביטוח לאומי ו/או דמי ביטוח בריאות ו/או מס הכנסה וניכוי חוב. המידע באישור זה אינו כולל תשלומים של דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות אשר שולמו באמצעות המעסיק.

הערות

על פי רישומנו הינך חבר/ה בשרותי בריאות כללית .

לתשומת לבך, אישור זה מספק מידע על תשלומים שבוצעו בשנה האמורה ואינו מהווה אסמכתא לזכאויותיך בשנה זו.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים. יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון : שינוי במצב המשפחתי או הכנסות. אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.

דו"ח ועדה
רפואית לעררים
386845

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

	סודר בקשה
	סודר דין
	מס' ועדה
	משא הדיון

פרטי התובע											
שם משפחה			שם פרטי		מין		תאריך לידה			מספר זהות	
אמנון			דניאל		זכר		04/08/1964			10571843021	
כתובת											
רחוב											
מס' בית		כניסה		דירה		תא דואר		יישוב		מיקוד	
						126		קרית גת			
טלפון קווי				טלפון נייד				דואר אלקטרוני			

פרט הפגיעה:		תאריך הפגיעה:	
מקצוע: <u>אחראי</u>		תאריך: <u>06/04/2016</u>	
מזהות הפגיעה:		מחלקת הועדה נשוא הערעור	
<u>כח א א ומהות</u>			

תאריך	%	מיום	עד יום	%	מיום	עד יום
<u>3/02/16</u>						

פירוט תעודות אי-כושר שאושרו:		פירוט תעודות אי-כושר שנדחו:		תיקים שצורפו לדיון:	
מיום	עד יום	מיום	עד יום	תיק נכות מעבודה	☐
<u>2/01/16</u>	<u>5/01/16</u>			תיק דמי פגיעה	☐
				נכות כללית	☐
				איבה	☐
				מס הכנסה	☐

נא פרט על פגמות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)

מסמכים וחוזות דעת שעמדו בפני הועדה

תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
3/10/88	דו"ח	6/10/88	סוג המסמך
6/10/88	דו"ח	7/10/88	סוג המסמך
3/11/88	דו"ח	8/10/88	סוג המסמך
25/10/88	דו"ח	9/10/88	סוג המסמך
6/11/88	דו"ח	10/10/88	סוג המסמך

חוזר לעבודה בתאריך 4/11/88 ☐ לא עובד, הסיבה

החליף עבודה/עובד חלקי, הסיבה 10/11/88

האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☒ כן, הסיבה 10/11/88

ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☒ כן, פרט טיפול תרופתי ☒ פיזיותרפיה ☒ המשך מעקב ☐ טיפול משלים ☐ אחר

עמוד 2 מתוך 6

386845

פרוטוקול				
מס' ועדה	מס' הדיון	סודר דיון	סודר בקשה	מספר זהות ס"ב
☐ התובע נכח בדיון ☐ בעת הדיון נכח גם: <u>א"ע"ד: שם אורית א"ג</u> מס' רישיון <u>66666-93</u> ☐ מלווה: שם <u>קרבה</u> ת"ז <u>ת"ז</u>				
☐ פרוטוקול ☐ דיון ללא נוכחות התובע ☐ התובע החזמן ולא הופיע ☐ בעת הדיון נכח גם: <u>א"ע"ד: שם אורית א"ג</u> מס' רישיון <u>66666-93</u>				
☐ פרטי התובע והזהות אומתו לפי ☐ ת.ז. ☐ דרכון ☒ רישיון נהיגה ☐ אחר ☐ ☐ האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? ☒ לא ☐ כן - שם הרופא <u>ק - שם הרופא</u>				
☐ הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה <u>הסיבה</u>				
☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע החזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו ☐ הדיון נפסל, הסיבה <u>הסיבה</u>				
☐ המערער ☐ ערעור המוסד מתאריך <u>22/5/22</u> פסק דין מיום <u>22/5/22</u> ☐ תלונות התובע <u>אורית א"ג</u> מס' רישיון <u>66666-93</u>				
☐ דבר בא כוח הנפגע <u>אורית א"ג</u> מס' רישיון <u>66666-93</u> ☐ חתימת התובע <u>אורית א"ג</u>				
☐ אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית. ☐ שמות הפוסקים הרפואיים: <u>22/5/22</u> <u>22/5/22</u> <u>22/5/22</u>				
☐ אני מסכים להיבדק ע"י חברי הועדה הרפואית ☒ לא, הסיבה <u>הסיבה</u> ☐ חתימת התובע <u>אורית א"ג</u>				

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

שם התובע

מספר זהות

מודר בקשה

ד"ר
ד"ר

נושא הדיון

STW '08

אבחנות:

סיכום ומסקנות: יש לפרט האם הנכות מבעת מהפגיעה ובאיזו מידה, הן נכות זמנית והן נכות יציבה

[illegible]

החלטת הוועדה (כדל'א) על פניו (קצין) נעשה בשנת 40.
מ 6/7/47 מן 30/3/48 ונעשה בשנת 40.
מ 1/4/47 מן 30/6/48 ונעשה בשנת 40.
מ 1/7/47 מן 30/9/48 ונעשה בשנת 40.

386845

עמוד 5 מתוך 6

שם התובע	מספר זהות	סודר בקשה	סודר דיון	נושא הדיון	מס' ועדה
דין בהפעלת ☐ תקנה 15 ☐ תקנה 16 : (בנכות יציבה) ☐ לא ☐ כן האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? ☐ לא ☐ כן					
הועדה מבקשת לקבל: ☒ בדיקת הכנסות מפקיד תביעות ☐ חוות דעת הרשות האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? ☐ לא ☒ כן ☐ שיעור ההפעלה: ☐ 1/4 ☒ 1/3 ☐ 1/2 האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? ☐ לא ☒ כן הימקשים להחלטה: <u>החלטת הועדה להחליט על הפעלת תקנה 15 ו-16</u>					
☐ הועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ונדרש חומר נוסף. המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה. האם הועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: ☐ לא ☐ כן, בעוד _____ שנים. נימוק _____ האם ניתן למסור דו"ח הועדה לידי התובע? ☐ כן ☐ לא האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? ☐ כן ☐ לא					
החלטת הועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיין במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול בשיבה מתאריך <u>06/10/16</u> בקשר לפגיעה מתאריך <u>27/04/18</u>					
נכות זמנית					
בשיעור		לתקופה		סעיף במבחנים	
%	במילים	מיום	עד יום		
40	ע"פ ר"מ	6/1/17	30/3/17		
30	ע"פ ר"מ	1/5/17	30/6/17		
10	ע"פ ר"מ	1/7/17	30/9/17		
נכות יציבה					
בשיעור		מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%	
%	במילים	אחוז הנכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מאחרים ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מאחרים ב-%
10	ע"פ ר"מ	(18/23)			10
סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הידועה: במילים: <u>ע"פ ר"מ</u> הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____ דרגת הנכות היציבה מיום: <u>1/10/17</u> במילים: <u>ע"פ ר"מ</u>					

386845

עמוד 6 מתוך 6

שם התובע		מספר זהות		סדר בקשה	סדר דיון	נושא הדיון	מס' ועדה
נכות יציבה נוספת							
בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%	% הנכות הנובע מההפגיעה
%	במילים			% נכות	סעיף במבחנים		
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. איני 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.							
שם הפוסק הרפואי		מומחיות		חתימה וחותמת		תאריך	
1. ד"ר אברהם		21/11/17		7513		29/4/18	
2. ד"ר אברהם		21/11/17		7513		29/4/18	
3. ד"ר אברהם		21/11/17		7513		29/4/18	
אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע. שקבע המוסד לביטוח לאומי.							
שם מזכיר הישיבה		חתימת וחותמת		חתימת וחותמת		תאריך	
9/4/18		[חתימה]		[חתימה]		29/4/18	