

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מ \_\_\_\_\_  
לשלם למשרד עו"ד אריאל פרייברג מרחוב אבא הלל 7 רמת גן (להלן - "עורך הדין") בעד טיפול ב \_\_\_\_\_ , כדלהלן:

- 1.1 – בגין דמי פגיעה יגבה שכ"ט בסך של 12% בתוספת מע"מ.
- 1.2 שכר טרחה באחוזים בסך השווה ל-17% מתוך 60 חודשי קצבה בצירוף מע"מ.
- 1.3 במקרה של מענק (9%-19% נכות) ישולם שכ"ט בסך השווה ל-17% מהמענק, בצירוף מע"מ.
2. **מהות הטיפול ושילובי הצפויים** : הגשת התביעה, ייצוג בוועדות רפואיות, ערר על ועדה רפואית – הכל בהתאם לצורך ולשיקול דעת עוה"ד.
3. הלקוח מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין במועדים שיקבעו הצדדים. מוסכם ומובהר כי אי תשלום שכר הטרחה מהווה הפרה יסודית של הסכם זה ויזכה את עורך הדין להתפטר ולהפסיק את הייצוג והטיפול המשפטי וכן לנקוט כנגד הלקוח בכל אמצעי לפי דין לשם גביית שכר הטרחה.
4. הלקוח מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין אם ידרוש הלקוח, מטעמיו הוא, להפסיק את הטיפול המשפטי כדלהלן:
  - 4.1 הלקוח רשאי לחזור בו מההתקשרות בתוך 7 ימי עבודה המיום.
  - 4.2 הפסיק הלקוח את ההתקשרות לאחר 7 ימי עבודה ובטרם הוגשה תביעה, ישלם לעוה"ד דמי פתיחת תיק בסך 800 ₪.
  - 4.3 הפסיק הלקוח את ההתקשרות לאחר הגשת התביעה- ישלם לעוה"ד את דמי פתיחת תיק וכן את שכר הטרחה המירבי הקבוע בחוק עבור טיפול בתביעה שאינו כולל ייצוג בוועדות רפואיות.
  - 4.4 הפסיק הלקוח את ההתקשרות לאחר הופעה ראשונה בוועדה רפואית או לאחר הגשת ערעור או לאחר תביעה לבית דין – ישלם לעוה"ד את דמי פתיחת התיק וכן את שכר הטרחה המלא הקבוע בהסכם זה עבור השלב בו הסתיים הטיפול כאילו הסתיים הטיפול באותו שלב.
  - 4.5 במקרה של הפסקת התקשרות ישולמו דמי פתיחת התיק במועד הפסקת ההתקשרות, ושכר הטרחה הנוסף ישולם בעת קבלת ההחלטה המזכה בתגמול כספי, גם אם יוצג לאחר מכן ע"י גורם אחר. כמו כן, ישלם הלקוח במועד הפסקת הייצוג את יתרת ההוצאות שלא שולמה.
5. **הוצאות** : שכר הטרחה אינו כולל אגרות, הוצאות (לרבות הוצאות נסיעה וחניה) וחווות דעת מומחים, אשר יישא בהם הלקוח.
- הלקוח מצהיר כי ידוע לו שהיקף העבודה אינו נמדד במספר פעולות המבוצעות על ידי עורך הדין, כי אם בתוצאות הטיפול המשפטי, על כן מתחייב הלקוח לשלם את שכר טרחת עורך הדין כאמור לעיל.
6. הלקוח מצהיר כי ידוע לו כי הוא האחראי הבלעדי לשלמות ונכונות המידע ו/או המסמכים המועברים לעורך הדין, והלקוח מוותר בזאת על כל טענה לעניין זה כלפי עורך הדין.
7. הלקוח מצהיר ומתחייב בזאת להעביר מיידית לעורך הדין כל מידע ו/או מסמך שיתקבל על ידו במהלך הטיפול המשפטי, בקשר לטיפול המשפטי, לרבות תכתובות ו/או הודעות כלשהן מהמוסדות כנגדם הוגשו התביעות, הזמנות לועדות ו/או בדיקות, הודעה על ביקור מטעם המוסדות וכיוב'. ככל שלא יעביר הלקוח הודעה כאמור בסעיף זה לעורך הדין, יהיה הלקוח מושתק מלטעון כנגד עורך הדין לעניין היעדר טיפול והלקוח יהיה מחויב בתשלום שכר טרחת עורך הדין כאמור בהסכם זה.
8. היה וללקוח ישנן חובות כלשהן, למי מהמוסדות כנגדם הוגשו התביעות, במועד תחילת הטיפול המשפטי ו/או לאחריו, וחלק מהזיכויים ו/או הפיצויים הצפויים להתקבל יקוזזו על ידי מי מהמוסדות הנ"ל לכיסוי החוב, יחושב הסכום שקוזז כחלק מסכום הזיכוי ו/או הפיצוי, לצורך חישוב התמורה לו זכאי עורך הדין.
9. הלקוח מצהיר כי בחתימתו על הסכם זה מתחייב הלקוח לשלם את התמורה המלאה לעורך הדין, לפי הסכם זה, גם אם יחליט הלקוח שלא לממש את זכותו לכשתהווה בכל עת ממועד חתימתו על הסכם זה, לרבות אם יבחר להפסיק את הטיפול ו/או להמשיך הטיפול באמצעות אחר ו/או בעצמו.
10. מוסכם כי תוקפו של הסכם זה יהיה יפה עד להשלמת הטיפול המשפטי ועד לסיומה של התקופה הנקובה לפי סעיף 1.1 לעיל, והלקוח מחויב בהמשך תשלום שכר טרחתו של עורך הדין בגין מלוא תקופת תשלום שכר הטרחה.
11. מוסכם כי במידה ויפסקו ללקוח תשלומים שונים לתקופה זמנית, ימשיך הסכם זה לעמוד בתוקפו והטיפול על ידי עורך הדין יימשך עד מימוש מלוא זכויותיו של הלקוח בתוך התקופה האמורה בסעיף 1.1.
12. מובהר כי בתביעות ביטוח תשלום שכר הטרחה לעורך הדין יהיה עבור כל התקופות המאושרות, מעת לעת על ידי חברת הביטוח, עד לגובה תקופת התשלום הנקובה בסעיף 1.1 לעיל.
13. מוסכם כי כל הסכומים המפורטים בהסכם זה, ככל שלא ישולמו במועד, יישאו הצמדה למדד המחירים לצרכן, כאשר מדד הבסיס הינו המדד הידוע ביום חתימת הסכם זה, כמו גם ריבית לפי חוק פסיקת ריבית ממועד חתימת הסכם זה.
14. מוסכם כי הסמכות השיפוטית בכל הנוגע להסכם זה תינתן לבית המשפט המוסמך במחוז תל אביב בלבד, אולם עורך הדין יהיה רשאי לנקוט בהליכים לפי הסכם זה בכל בית משפט, והלקוח מוותר בזאת על טענות לעניין הסמכות המקומית.
15. הלקוח קיבל העתק וכן דף מידע כללי.

  
חתימת הלקוח

  
חתימת עוה"ד



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 \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

חתימה: X \_\_\_\_\_

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 | שם פרטי | תעודת זהות | שם האב |
|----------|---------|------------|--------|
| רחוב     | מס'     | עיר        | מיקוד  |
| טלפון    |         |            |        |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאית, עובדיה 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. \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ X