

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

אבא הלל 7, רמת גן, טלפון: 054-6544930, פקס: 077-3180983,

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930

19/09/2021

143/1

תאונה מיום 13.12.18 - דרישה

נגד שלמה

143

חוסין פאתן

302791397

19/09/2021

עוסק מורשה:

תאריך:

מספר תיק:

שם תיק:

מספר לקוח:

שם לקוח:

מזהה לקוח:

תאריך הדפסה:

לכבוד

חוסין פאתן

חשבונית-מס/קבלה 1010 Tax Invoice/Receipt

חייב במע"מ Taxable		פטור מע"מ Exempted	
Fees	1,041.02	0.00	שכר טרחה
Expenses	0.00	0.00	הוצאות
Miscellaneous	0.00	0.00	שונות
Sub Total	1,041.02	0.00	סיכום
V.A.Tax 17%	176.98	מס ערך מוסף 17%	
V.A.T exempted	0.00	סכום פטור ממע"מ	
Total + V.A.T.	1,218.00 ₪	סה"כ (כולל מע"מ)	

הסכום במילים:

אלף מאתיים ושמונה עשר שקלים חדשים בלבד.

פרטי התשלום:

Amount	Account	Branch	Bank	No.	Type	Date
סכום 1,218.00 ₪	133470	חשבון	בנק	מס'	סוג	תאריך
					העברה מפקדון	19/09/2021

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

נא להעביר
מקדמי 25.121 ✓

סירק



סודי - רגיש

תאריך: 01/08/2021

מבלי להודות בכיסוי הביטוחי

מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

תביעה מספר: 201000000529

ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

סוג ביטוח: חובה

מס פוליסה: 110184108618

כתב קבלה סופי בגיר

1. אני הח"מ פאתן חוסין נושא ת.ז. 302791397 (להלן: "הנתבע") מאשר/ת בזאת הסכמתי לקבל מאת שלמה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטחת") סך כמפורט בסעיף 1 להלן הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן: "הסכום"), אשר יועבר לידי בא כוחי, בגין תאונת דרכים אשר ארעה לטענתי ביום 13/12/2018 (להלן: "התאונה").

חתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמתי זו.

מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 13/12/2018 ארעה תאונת דרכים בה הייתי מעורב לטענתי ב/מ רכב מספר רישוי 2665865 (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים. הואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המבטחת ועם שלמה חברה לביטוח בע"מ וגם/או עם הנתבעים (להלן: "הנתבעים") לקבל פיצויים כמפורט להלן, וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות לטענתי במישרין או בעקיפין מהתאונה.

לכן, הנני מאשר ומצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. אקבל מאת המבטחים והמבטחים והנתבעים (להלן: "הנתבעים") סך של 5,700 ₪ (במילים: חמשת אלפים ושבע מאות ש"ח) הכולל שכ"ט עו"ד + מע"מ ואגרת משפט (להלן: "הסכום") באמצעות בא כוחי וחתימתי על כתב זה מהווה אישור לקבלת הסך הנ"ל.

2. תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר בזה לחלוטין ומוחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד, ועל פי כל חיקוק שיתוקן ו/או יוחק, אין לי ולא תהיינה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי המבטחים ולא המבטחים ולא הנתבעים (להלן: "הנתבעים") או מי מטעמם. לרבות הפרשי הצמדה וריבית בהתאם לסעיף 28 לחוק חוזה הביטוח.

3.

א. אין במשלוח כתב הקבלה משום הודאה בזכותו של הנתבע/ת או כדי להפסיק את מירוץ התיישנות בתביעתו של הנתבע במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות תשי"ח - 1955.

ב. הסכום כולל תביעות מיטיבים למיניהם, למעט המל"ל נכות מעבודה, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פיצוי בגין הוצאות רפואיות ודמי אשפוז כפוף לסעיף 4.

4. מוסכם בין הצדדים כי כתב קבלה זה מבטא הסכמות הדדיות על דרך הפשרה מבלי שהדבר יתפרש כהודאה בזכויות ולא מקצתן בנוגע לחבות בניזקין ולכיסוי הביטוחי ולראשי הנזק הנטענים.

פרטי התקשרות מח' חובה: פקס 03-6032693 מייל Tviot.hova@shlomo-bit.co.il טלפון 03-7181444

Shlomo Bit

27/07/2021 10:59:39 PAGE 5/008 Fax Server



5. המבטחת תפעל להמצאת התשלום תוך 30 ימים מיום קבלת כתב קבלה חתום מקור.
6. באם ההסכמות שמוכסות והסדר המשרה כמפורט בכתב קבלה זה, לא תחתמנה על ידי הצדדים, יראו את השטר כבטל ומבוטל ולא יראו באמור בו בגדר הודאה במקצת הזכויות לצורך מילוי ההתיישנות וכל מטרה אחרת.
7. מוסכם בין הצדדים לכתב קבלה זה כי ההסכמות הגלומות בו על דרך המשרה מתייחסות לצדדים עצמם ואין בהם כדי להוות לצד שלישי שאינו צד להסכמות עליה להסתמך על ההסכמות.
8. במקרה שכתב קבלה זה נכתב על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים מאשרים ומצהירים את כל האמור לעיל כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
9. האמור בתוספת זה בלישון זכר אף בלישון נקבה משתמע.
10. במידה והגשתי תביעה לבית המשפט בקשר עם התאונה נשוא שטר הקבלה, הנני מתחייבת/ות בהתחייבות בלתי חוזרת לנקוט פעולות המתחייבות לדחיית התביעה.
11. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרת/י דלעיל הסכמו המבוטחים וגמלאו המבטחים וגמלאו הנתבעים לשלם לי את הסכום.

ולראיה באותי על התנאים:

שם מלא: חגיית חתימה: חגיית תאריך: 12.8.21

אני הח"מ חגיית מאשר בזאת כי תנ"ל הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצמו הטוב והחופשי ואשר חזרה בפני להנחות דעתי ולאחר שקראתי בפניי והסברתי לו הסבר היטב את תכנם ואת התוצאות הטובות ממנו.

עו"ד אריאל פרינברג

חתימה: חגיית תאריך: 12.8.21טל: 62254

פרטי התקשורת מח' חובה: פקס 03-6032693 מ"ל: Yvot.hova@shlomo-bit.co.il טלפון 03-7181444

פרטי אישור, אף על פי שהם נכונים, לא יחשבו כהסכמה או כהצטרפות. ההסכמה וההצטרפות יבוצעו על ידי הצדדים עצמם.



שלמה ביטוח

הוראה לביצוע העברה בנקאית

נא רשום מס' התביעה בשלמה ביטוח:

אני הח"מ, בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר טלפון נייד	אירוע מיום
חוסין	נאמן	3 02791397	050-3207416	13.12.17
כתובת מלאה	רכב מספר רישוי 9664717			
עיר				

מבקש ומאשר בזאת להעבר את תגמולי הביטוח באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

שם בעל החשבון	מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)
ד"ר אהוד פריד	066630930
שם הבנק	מס' הבנק
בנק הפועלים	14
שם הסניף	מס' חשבון
רח	133470
	מס' סניף 317

ידוע לי שאין בהסכמתו זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח כפי שנדרשו על ידנו. ידוע לי שאין במסמך זה משום התחייבות של חברת הביטוח להעביר את תגמולי הביטוח באמצעות העברה בנקאית. תשומת לבך מופנית לכך, כי בהתאם לדין ובכפוף להוראותיו, תקופת ההתיישנות, לצורך הגשת תביעה בהתייחס לאירוע הנדון, הינה, למבוטח החברה, 3 שנים ממועד האירוע ולתובע עד ג', 7 שנים ממועד האירוע. עצם הגשת הדרישה ו/או מילוי טופס זה אינם עוצרים את מרוץ תקופת ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית המשפט עושה כן.

תאריך 12.9.21 שם בעל החשבון אהוד פריד חתימת בעל החשבון
 נס' רישוי: 62254

חובה לצרף תצלום של המחאה מבוטלת או אישור הבנק
 לצורך אימות פרטי החשבון

פרטי התקשרות מח' חובה: פקס 03-6032693 מ"ל Tviot.hova@shlomo-bit.co.il טלפון 03-7181444

01/08/2021 11:04:43 PAGE 4/006 Fax Server



חם, פוליסה

פרטי התקשרות מה' חובה: פקס 03-6052893 מייל Twinkl.hova@shlomo-bif.co.il טלפון 03-7181444



5. המבטחת תפעל להמצאת התשלום תוך 30 ימים מיום קבלת כתב קבלה חתום מקור.
6. באם ההסכמות שגובשו והסדר הפשרה כמפורט בכתב קבלה זה, לא תחתמנה על ידי הצדדים, יראו את השטר כבטל ומבוטל ולא יראו באמור בו בגדר הודאה במקצת הזכויות לצורך מירוח ההתיישנות וכל מטרה אחרת.
7. מוסכם בין הצדדים לכתב קבלה זה כי ההסכמות הגלומות בו על דרך הפשרה מתייחסות לצדדים עצמם ואין בהם כדי להוות לצד שלישי שאינו צד להסכמות עילה להסתמך על ההסכמות.
8. במקרה שכתב קבלה זה נכתב על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים מאשרים ומצהירים את כל האמור לעיל כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
9. האמור במסמך זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משתמע.
10. במידה והגשתי תביעה לבית המשפט בקשר עם התאונה נשוא שטר הקבלה, הנני מתחייבת בהתחייבות בלתי חוזרת לנקוט פעולות המתחייבות לדחיית התביעה.
11. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו המבוטחים וגם לא המבטחים ונתבעים לשלם לי את הסכום.

ולראיה באתי על החתום:

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך _____ X

אני הח"מ _____ ע"ד, מאשר בזה כי הנ"ל הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצונו הטוב והחופשי ואשר הזדהה בפני להנחת דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

תאריך: _____ חתימה+ חותמת ע"ד: _____

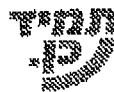
TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 12/08/2021 13:02
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME 12/08 13:01
 FAX NO./NAME 049582188
 DURATION 00:00:26
 PAGE(S) 02
 RESULT OK
 MODE STANDARD
 ECM

Shlomo Bit

01/08/2021 11:04:43 PAGE 4/006 Fax Server



סודי - רגיש

01/08/2021 תאריך:

מבלי להודות בכיסוי הביטוחי

מבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

201000000529 תביעה מספר:

ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

110184108618 סוג ביטוח: חובה
 מס פוליסה:

כתב קבלה סופי בגיר

1. אני הח"מ פאתן חוסין נושא ת.ז. 302791397 (להלן: "התובע") מאשר/ת בזאת הסכמתי לקבל מאת שלמה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטחת") סך כמפורט בסעיף 1 להלן הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן: "הסכום"), אשר יועבר לידי בא כוחי, בגין תאונת דרכים אשר ארעה לטענתי ביום 13/12/2018 (להלן: "התאונה").

חתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמתי זו.

מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 13/12/2018 ארעה תאונת דרכים בה הייתי מעורב לטענתי ב/מ רכב מספר רישוי 2665865 (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה גגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים. הואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המבטחת ועם שלמה חברה לביטוח בע"מ וגם/או עם הנתבעים (להלן: "הנתבעים") לקבל פיצויים כמפורט להלן, וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנתבעות לטענתי במישרין או בעקיפין מהתאונה.

לכן, הנני מאשר ומצהיר כדלקמן:

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס - 077
3180983

23.4.21

21.6.21 - נס/ה כרס/י

לכבוד

שלמה חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב היצירה 22
פתח תקוה

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

נס/ה - 4,482
כרס/י
מח/6
נס/ה

ח.נ.

הנדון: תאונה מיום 13.12.18
רכב מס': 86-647-19
הנפגעת: פאתן חוסין, ת.ז. 302791397

הנני מייצג את מרשתי שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. ביום 13.12.18, בשעה 08:50 או בסמוך לכך, בהצטלבות של כביש 4 עם כביש מס' 85, היה הרכב שבנדון אשר היה נהוג ע"י מרשתי מעורב בתאונה בקינמטיקה קשה ומרשתי נפגעה ונחבלה בגופה. (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה, רישיון רכב ותעודת ביטוח חובה, מסומנים "1 - 5"

2. לאחר התאונה טופלה מרשתי במוקד טרם לרפואה דחופה, שם אובחנו חבלות בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וביצוע מספר בדיקות שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "6 - 9"

3. נוכח החמרה בכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון פנתה מרשתי למחרת לקבלת טיפול אורתופדי אשר החליטה להפנותה לקבלת טיפולי פיזיותרפיה, מנוחה בת 16 ימים, נטילת משככי כאבים והמשך מעקב רפואי.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "10 - 13"

בהמלצת האורתופד ביצעה מרשתי טיפולי פיזיותרפיה במסגרת פרטית באזור מגוריה.

4. מחמת התאונה סבלה מרשתי מכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון, מקושי בכיפוף, קושי בישיבה והליכה ממושכות, קושי בהרמה וביצוע תפקודים יומיומיים.

5. במועד התאונה עבדה מרשתי ברשת מזון והמתינה ללימודים אקדמיים. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה התקשתה בביצוע עבודתה, נזקקה להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

6. לאחר התאונה התקשתה מרשתי בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקקה לעזרת הזולת ולהוצאות בגין נסיעות וניהול משק ביתה.

7. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך, על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ומינוי מומחים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי גלובלי בסך 35,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

8. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

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

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייזברג, עו"ד

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים
 יחידה: שלוחת בוחנים עכו מחוז חוף
 תאריך: 02/01/2019 כ"ה טבת תשע"ט 13:17
 מס' תיק מסוף: 2 - 2018 - 4446 - 1213
 טלפון: 04-9876891
 כתובת: ההגנה 16, עכו - מיקוד: 2431433
 נושא המסמך:
 מספר תיק פלא: 2018 / 571268
 סיווג תיק: ת.ד.
 מס' מסמך בתיק: ג
 פקס: 04-8648509
 מייל: bohanim.ako@police.gov.il

לכל המעוניין
 1. תאריך התאונה: 13/12/2018 בשעה 08:50
 2. מקום התאונה: כל הארץ. כביש 4 עם כביש מס' 85 בכביש בין עירוני הערות מקום:
 3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:		פרטי נוסעים		פרטי הרכב:		פרטי נוסעים	
מספר רכב	סוג רכב	מספר רכב	סוג רכב	מספר רכב	סוג רכב	מספר רכב	סוג רכב
8664719	סוואק-יפן	8664719	סוואק-יפן	4464152	רגו טורקיה	8310729	פורד ספרד
שלמה "סיקסט"	מספר פוליסה	שלמה "סיקסט"	מספר פוליסה	לא הוצג	מספר פוליסה	לא הוצג	מספר פוליסה
110184108618	סוג לוחית	110184108618	סוג לוחית		סוג לוחית		סוג לוחית
ישראלית	ישראלית	ישראלית	ישראלית	ישראלית	ישראלית	ישראלית	ישראלית
מעורבים ברכב:	שם	מעורבים ברכב:	שם	מעורבים ברכב:	שם	מעורבים ברכב:	שם
נהג	ת.ז.	נהג	ת.ז.	נהג	ת.ז.	נהג	ת.ז.
302791397	פאתן חוסין	302791397	פאתן חוסין				
כתובת	קופ"ח / בית חולים	כתובת	קופ"ח / בית חולים	כתובת	קופ"ח / בית חולים	כתובת	קופ"ח / בית חולים
שעב, שעב	ט.ר.מ.	שעב, שעב	ט.ר.מ.				
מעורבים ברכב:	שם	מעורבים ברכב:	שם	מעורבים ברכב:	שם	מעורבים ברכב:	שם
נהג	ת.ז.	נהג	ת.ז.	נהג	ת.ז.	נהג	ת.ז.
	פאתן חוסין		פאתן חוסין				
כתובת	קופ"ח / בית חולים	כתובת	קופ"ח / בית חולים	כתובת	קופ"ח / בית חולים	כתובת	קופ"ח / בית חולים
חומרת הפגיעה	חומרת הפגיעה	חומרת הפגיעה	חומרת הפגיעה	חומרת הפגיעה	חומרת הפגיעה	חומרת הפגיעה	חומרת הפגיעה

4. פרטי הולכי רגל:
 5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: גנוז
 מתאריך: 27/12/2018

פרטי המטפל בתיק
 מ"א: שם משפחה
 שם פרטי

שם פרטי	שם משפחה	מ"א	1021435
נורית	מדמון	דרגה	1021435
שם פרטי	שם משפחה	דרגה	1021435
נורית	מדמון	רסב	1021435

פרטי השוטרים המוסר

04-8571666 טלפון
07243 מס' הרשאה

סט-קל

תעודת

מדינת ישראל

הפרט ש"ק ת. טירת הכרמל



8664719 בדיקת רישוי לרכב מספר

1590 נפח ממנו

1996 שנת ייצור

21/10/18 תאריך הבדיקה ver: 619

THC50034

פרטי נוסעים

G16B

3152235

בדיקת מספר

רכב מסוג

דגם מנוע

רישום מד

1

מבחן אלקטרות חרכב במבחן תקופתי סיווקי-יפ

דודי סעדון שם בוחן
2259 מספר בוחן
אני מאשר/ת כי מספר השלדה, המנוע ופרטי הרכב מתאימים לרישום ברשיון הרכב ומאשר ביצוע המבחן מאשר שרשמתי בטופס הבקשה והקלדתי במחשב את מונה הק"מ הרשום בנד המרחק ובדיקתי שמד המרחק אינו במילים ובמקרים שהוא רשום במילים הסבתי לק"מ

נהג/ת נכבד/ה! רכבך נבדק ונמצא תקין, פרט לליקויים הבאים:

2259 דודי
סעדון

תקין

דיהוי 1

21/10/18 07

2259 דודי
סעדון

תקין

גזים 4

דיהוי 2

21/10/18 08

00:57

סטטוס	מחזור	דרישות יצרן	סעיף הבדיקה בסיבובי טרק
תקין	775	700-850	בדיקה בסיבובי טרק
תקין	0.11	0.50	Vol% CO
סטטוס	מחזור	דרישות יצרן	סעיף הבדיקה בסל"ד גבוה
תקין	2650	2500-2800	חשך הבדיקה 30 שניות
תקין	1		בזיקת למבדה
תקין	0.15	0.30	Vol% CO
תקין	90	80	חוזי מנוע C

סלד: ללא סמפרטורה: לפי מאורר

2773 עלי
משאונה

תקין

בור 3

21/10/18 07

2773 עלי
משאונה

תקין

אורות 4

21/10/18

59:16

סטטוס	מחזור	דרישות היצרן	גובה	נעך	גובה	נעך
תקין	תקין	3	2.2	0.1	0.5	15-20
תקין	תקין	2.9	2.4	< 20	> 1	שגמל:
סטטוס	מחזור	דרישות היצרן	שמאל	ימין	משקל Kg	יעילות
תקין	77	13	254	224.75	620	
תקין	80	9	171	156.25	410	
תקין	77	25	175.25	140.25	410	
יעילות בלינה סלילת 78.3% משקל רכב 1030						

ציר ראשון

ציר שני

בלם עזר ראשון

בלמים 5

21/10/18 07

56:56

2259 דודי
סעדון

תקין

גלגלים 5

21/10/18 07

57:00

2259 דודי
סעדון

תקין

סטטוס	מחזור	דרישות יצרן	נטר לקילומטר:
תקין	-2	-4 - +4	
תקין	-1	-20 - +20	רגל למיל:

אישור כשירות לתנועה

תאריך: 21/10/2018 8:07:03 AM

אני מאשר/ת שהרכב הנל נבדק ונמצא תקין לתנועה בדרכים, טופס הבדיקה הטכנית נחתם בכל העמודות ע"י בוחן/ות רכב מורשים/ות העובדים. במקום/מוסך. כן מצורפים לטופס זה כל המסמכים הנדרשים עפ"י תקנות התעבורה כולל נספח תוית חלון

1523318

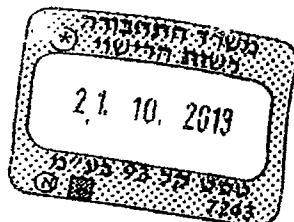
זמירה כהן

חותמת בוחן/ת פקיד/ה

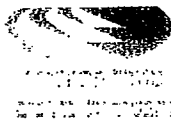
סט-קל

חותמת כשירות לתנועה

מספר מדבקה



אני מאשר/ת נכשל על ליקוי כל שהוא, זכותך לבחור למקום אחר



מחלקת בטיחות
מחלקת בטיחות



20/04/2019
02002140-8

M1 פרטי נוסעים

8664719

חוסין אחמד

ת.י.ד. 197 ש.ע.ב. 20165

09/02/11
03

16/12/18

21/04/96

JSAEGC31S00121014

ד.מ.מ.מ.

שנת ייצור 1996

סוזוקי

G16B

1590

בנזין

200936

175/70R13-175/70R13

לבן

4X2

אין

רישיון נהיגה מתאים B

סדאן

2

מרכב

GLX

EGC31S

דגם

סוזוקי-יפן

BALENO

קבוצה

רמת דימור

00683-0521

כ"ן

כ"ן

96.00

ת.תשלום 18/10/18 סך 538.00 ש"ח; ת.מבחן 21/10/18
רשומון יבוא 063037505

16/12/18-מ

מבוטל הפקדה

הודפס על ידי המחלקה

8664719-29-4

חוסין אחמד

ת.י.ד. 197

ש.ע.ב.

20165

8664719-29-4

16/12/2018

הודפס על ידי פ.א. כרמיאל

0372

08:18:03

חוסין

ז. 2002140 אחמד

מחלקת בטיחות

13/12/2018

טר"מ כרמיאל בע"מ רחוב היוצרים 15 כרמיאל טל: 1599-520-520
פקס: 0732255360 057-7977741

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers



צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: תאונת דרכים	תיק מס': 196477	Discharge Chart	גליון שחרור	ביקור מס': 372472	תאריך ביקור: 13/12/2018 20:01
-----------------------	--------------------	-----------------	-------------	----------------------	-------------------------------------

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

רופא המטפל במרפאת טרם דר. אליאס נשאשיבי, PA: חאלד חליל	שם: פאתן חוסין תז: 302791397	בבקשה לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין
---	---------------------------------	--

סיכום הביקור:

Diagnosis	אבחנה
Traffic Accident, Contusion of back	
Pulse: 68, TempC: 36.9 PO, O2sat: 98, BP: 122/79 (other vitals may be on scanned chart)	
Age: 29 years 8 months	
Injury/Pain Exam:	
SPINE : Direct blow to back, Pain started MORE than 1 hr ago, Pain is mild, Walking freely, ROM normal, Straight Leg raise abnormal, SL5(large toe dorsiflexion) Normal, SL4(knee extension) Normal, S1(foot planter flexion) normal, NOT Urinary retention, NOT Stool Incontinence	
הסטוריה / אנמנזה רפואית: בת 29.8 שנים בריאה בד"כ לדבריה היתה מעטורבת בתאונת דרכים שרשרת היום בשעה 9 בבוקר בצומת עכו מתלוננת על כאבים מעל עמש"צ עמש"ש מותני מציינת שבמהלך נסיעתה בצומת רכב שנסע מקדימה בלם פתאום נכנסה בו מאחור ורכב שנסע מאחור נכנס ברכבה מאחור	
אין סיפור של איבוד הכרה ואו הקאות ===	
בדיקה גופנית: מצב כללי טוב, ללא מצוקה כללית או נשימתית. בהכרה מלאה ללא סימני התייבשות. ללא סימנים מנינגיאליים.	
אין לחולה חם רגישות פראסינאלית מעל עמש"צ ומעל עמש"ש מותני ללא סימני חבלה ללא פריחה ללא צלקת ללא נפיחות ללא אודם ללא חום מקומי ללא סימני זיהום מקומי בדיקה NV תקינה טווח תנועות מוגבלת מכאבים בדיקת עיניים: אישונים שווים רגולריים מגיבים לאור. תנועות גלגלי עיניים תקינות	
חזה: כביסת אויר תקינה דו-צדדית, אין תרחורים או צפצופים	
לב: קצב תקין, קולות תקינים, אין אוושות	
בטן: רכה, ללא רגישות ללא הגדלת איברים ללא סימני גירוי צפקי. GCS: 15	
אין סיפור של איבוד הכרה ואו הקאות ===	
מהלך ודיון: בדיקתל שנתן לכללית: תקינה צילום עמש"צ: לא הודגם שבר או פריקה	

עמ"ש מותני: לא הודגם שבר או פריקה
 ישנן כאבים לפי הצורך מעקב רופא מטפל במסגרת הקופה
 יש לעיין גם בגיליון הביקור הסרוק

Tests done (results scanned on actual chart)

Urinalysis, BetaHCG

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

צילומים שבוצעו:

עמוד שדרה מותני <<<

עמוד שדרה צווארי + דגס <<<

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פינוח הרדילוג ב- www.teremi.com
 יש לעקוב אחר תשובת הפינוח הסופית, במהלך 24 השעות מביצוע הצילום.

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

נבדקת במרפאתנו על ידי רופא טרם וניתנו לך אבחנה והוראות להמשך טיפול.
 הביקור במרפאתנו לצורך טיפול בבעיה רפואית חריפה, אינו מהווה תחליף למעקב רפואי וקבלת טיפול כולל ומלא. האבחנה והטיפול נקבעו על סמך הסימנים והנתונים שנראו בעת הביקור. אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!
 לעיתים סימני מחלה עלולים להשתנות ולהתפתח במשך הזמן ולכן דרוש ביקור נוסף אצל רופא המשפחה להמשך בירור וטיפול, שיתכן וישתנה. כל החמרה או שינוי לרעה במצבך, מצריכים בדיקה רפואית נוספת אצל רופא המשפחה, או אצלנו. הטיפול המומלץ כתוב בגיליון הרפואי שהעתקו ניתן לך, אנא הקפד למלא אחר הוראות הרופא
 יש לציין כי לא בכל מקרה ניתנות תרופות, ובמקרים רבים ההחלמה אורכת זמן. יש לציית להוראות הרופא, ובאותו זמן להיות עירני להתפתחויות.
 במידה ונעשה לך צילום רנטגן, הוא יינתן לך יחד עם הוראות השחרור של הרופא. כל הצילומים בטרם ממוחשבים ועוברים, תוך יממה, פינוח נוסף על ידי רופא רדילוג מומחה. כמו כן ניתנות לך הוראות למציאת פינוח הצילום הסופי באתר האינטרנט של טרם.

הנך סובל מחבלה ובבדיקות שנערכו לך לא נראה שבר, אך למרות זאת ייתכן ויופיעו נפיחות, שריטות ושטפי דם במקום החבלה. עם זאת ישנם שברים שמאוד קשה לזהות (אם בכלל) בבדיקה ראשונית. ניתן להקל על התסמינים על ידי:

- הגבהת הגפה הפגועה ומנוחה לאזור. הדבר חשוב במיוחד ביום הראשון שלאחר חבלה ביד.
- יש להניח קרח על האזור להורדת הנפיחות והקלה בכאבים ביום - יומיים הראשונים שלאחר החבלה.
- במידה ולאחר כ- 3 ימים קיימים עדיין כאב או נוקשות במקום החבלה, ניתן לחמם את המקום.

עליך לגשת לרופא המשפחה בקופת חולים במקרים הבאים:

- אם לא חל שיפור בנפיחות או בשפשופים תוך 4-5 ימים מהחבלה.
- אין שיפור בעומצת הכאב או אם קיימת הגבלה בתנועה לאחר 2-3 ימים

יש לחזור למרפאת טרם באופן מיידי במקרים הבאים:

- יש החמרה בכאב
- מופיע חום הגבוה מ 38 מעלות

מעקב עם רופא מטפל בעוד 3 ימים

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ, עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה, או לחזור לטרם

תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרות, מידע רלוונטי אחר.

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

שם הרופא: ד"ר אמין פאר
 תחום: אורתופדיה
 מספר רישיון: 25664
 כתובת: כפר שעב
 טלפון: 04-9883823
 פקס: 04-9582669
 מרפאה: כפר שעב מחוז: חיפה

כליית 100

תאריך: 14/12/2018

סיכום ביקור

פרטי המטופל:

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	ת.ל.ידה	אחמד	תוסין פאתן
שם	מס	גיל	נ	ת.ל.ידה	שם האב	תוסין פאתן
ת.ח. 12	0	29.08	נ	16/04/1989	050 - 2912757	
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 13/12/2018

שילוב רב

תאריך הביקור: 14/12/2018
 סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
 מהות הביקור: רגיל
 תלונות/סיבת הפניה: תאונת דרכים 13.12.2018 בדרך לעבודה, נבדקה בטרם- כרמיאל, כאבים בצוואר, כתפיים, גב תחתון
 בדיקה גופנית: רגישות במישוש מעל צוואר מאחור, הגורות כתפיים, גב תחתון הגבלה בתנועות

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

דיון/תוכנית טיפולית: פיזיותרפיה

הפניות	קוד	התתייבות סטטוס	טופס הפניה כללי
פרטי ההפניה	H4	הודפס	80074-טיפול פיזיותרפי פרט

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס	תאונת עבודה (תעודה ראשונה)
	113	13/12/2018	28/12/2018	הודפס	

בברכה,

ד"ר אמין פאר
 אורתופדיה
 חתמה: ד"ר אמין פאר
 25664
 21072

ד"ר אמין פאר
 מס' רשיון: 25664
 שם הרופא

סיכום ביקור
 תוסין פאתן
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 14/12/2018
 00-30279139-7
 הודפס ע"י ד"ר אמין פאר

תאריך 14/12/2018

הפניה למכון פיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
חוסין פאתן	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	ת. לידה
00-30279139-7	29.08	16/04/1989	אחמד	שם האב	שם האב
שעב	ת.ח. 12	0	4667758	52	050 - 2912757
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

תאריך תאונה 13/12/2018

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה:	תז נבדק	מספר הפניה	גורם שולח
38351044501	0302791397	038351044501	8351
רשיון רופא	027075		

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים	80015

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/12/2018:
היתה מעורבת בתאונת דרכים בדרכה לעבודתה -לא הקיאה ולא יבדה הכרה -
כאבי צוואר -כתפיים וגב תחתון
14/12/2018:
בבדקה במיון טרם
עברה צילום ללא שברים

סימנים חיוניים: גובה 164 29/01/2017 משקל 62 29/01/2017 bmi 23.05
לחץ דם 110 / 77 29/01/2017
דופק 75 29/01/2017 סדיר

eGFR 109.78 מתאריך 08/05/2018

ממצאים קליניים

בהכרה מלאה
ראש צוואר ללא קשיין עורף רגישות עזה בצוואר עם כאב -רגישות בכתפיים
-ראות כניסת אוויר שווה בשתי הראות ללא קריפטציות או ציפצופים-לב קולות

2 ה.ר. 0

תאריך 14/12/2018
10:49

הפניה כללית

פרטי המטופל		חוסין פאתן	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.ל.י
שם האב	אחמד	29.08	16/04/1989
שעב	ת.ח. 12	0	4667758
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון
			050 - 2912757
			טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 13/12/2018



לכבוד: פזיזטרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	80074

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
7231		CERVICALGIA
7242		LOW BACK PAIN

תלונות: תאונת דרכים 13.12.2018 בדרך לעבודה, נבדקה בטרם-כרמיאל, כאבים בצוואר, כתפיים, גב תחתון

ממצאים בבדיקה: רגישות במישוש מעל צוואר מאחור, חגורות כתפיים, גב תחתון הגבלה בתנועות

פזיזטרפיה: תוכנית טיפולית:

ד"ר אמין פאר
מרפאה: כפר שעב
מספר רשיון: 25664
2107

25664
מספר רשיון

ד"ר אמין פאר
שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

ס.ה.ר. 2

תאריך: 14/12/2018

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

חוסין פאתן

שם משפחה ושם פרטי

00-30279139-7
 מס זהות
 29.08
 גיל
 ג
 16/04/1989
 ת. לידה
 אחמד
 שם האב

שכב
 ת.ח. 12
 רחוב
 0
 מס בית
 52 - 4667758
 טלפון
 050 - 2912757
 טלפון נוסף

תאריך תאונה: 13/12/2018

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות

קוד

איפיון

אבחנה

CERVICALGIA
 LOW BACK PAIN

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 13/12/2018 עד יום 28/12/2018 (בכלל) סה"כ 16 ימים

14/12/2018

14/12/2018

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

חותמת המרפאה

חתימה וחומת הרופא שירות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

14/12/2018

הודפס ע"י ד"ר אמין פאר 00-30279139-7

חוסין פאתן

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>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>
מ.ס.ת.	מ.ס.י	מיקוד	טלפון
רחוב	עיר	מיקוד	טלפון

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: כל"ח סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 2.2.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) _____
X _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, דניאל חוסי, מס' 302141393, מרחוב דד,
ת.ז. מס' 13.12.11, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או הישאם קבלאן להיות באי כוחי במשפט של
נגד 13.12.11 בענין תאונת דרכים מיום 13.12.11 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי 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, 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

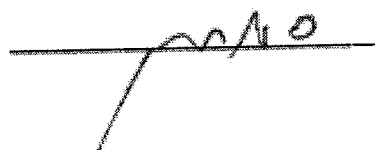
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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.

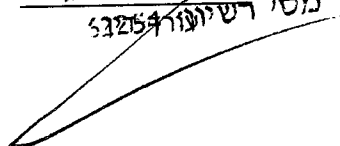
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 3 שנה 21

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אביאל פרייברג
מס' רשיון 51254


תאריך קבלת הטופס בקופה

יום	חודש	שנה

✎ מעסיק נכבד, גא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס

טלפון קווי

				*	5	3	3	907137772
					סלון	מיקוד	ישיב	
104	98	80	56	4				2010

סאלח צמח / רחוב / תא דואר
ובאנקה / מס' בית

२७।८ मि ७७

נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

שם פרטי

173

מספר זהות / דרכון

157

נקבה

3	0	2	7	9	1	3	9	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

כתובת

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

ישוב

מיקוד

201651

280

197 3.8

טלפון נייד

0	5	0	3	2	0	2	4	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

נפגע בתאריך

בשעה

כאשר עבד ב

סוג העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____
כתובת מקום התאונה _____

לתזבת מקום התאונה

85 קב"ח נחל 178 נחל

תיאור התאונה: ביתן סלונה בריכוז בצדק אדם צה
רוב (כנס בם לואסור)

האיבר שנפגע

3113 22 מחזור

שם המאשר ותפקידו _____

למילוי ע"י המוסד הרפואי

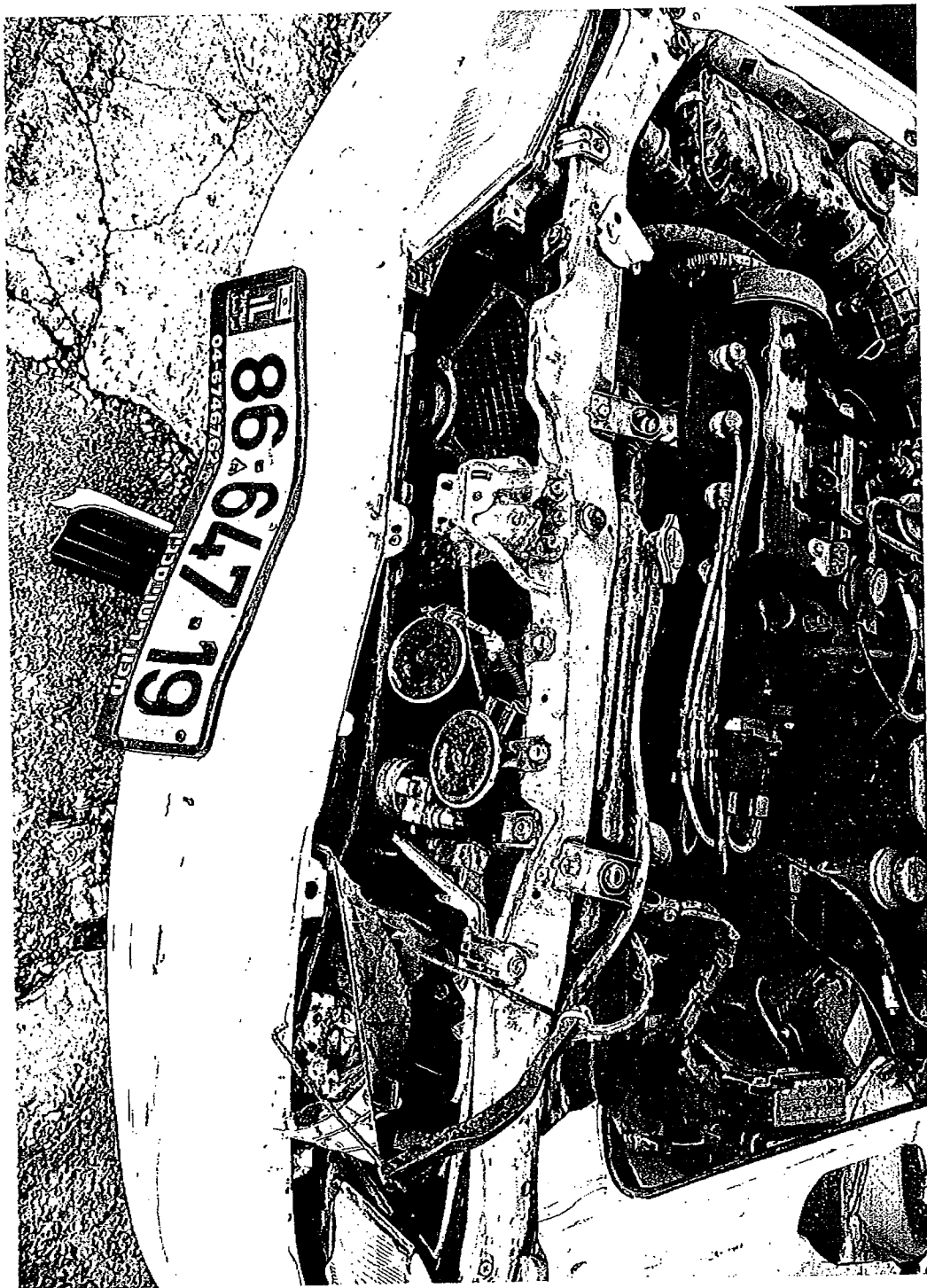
☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

□ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

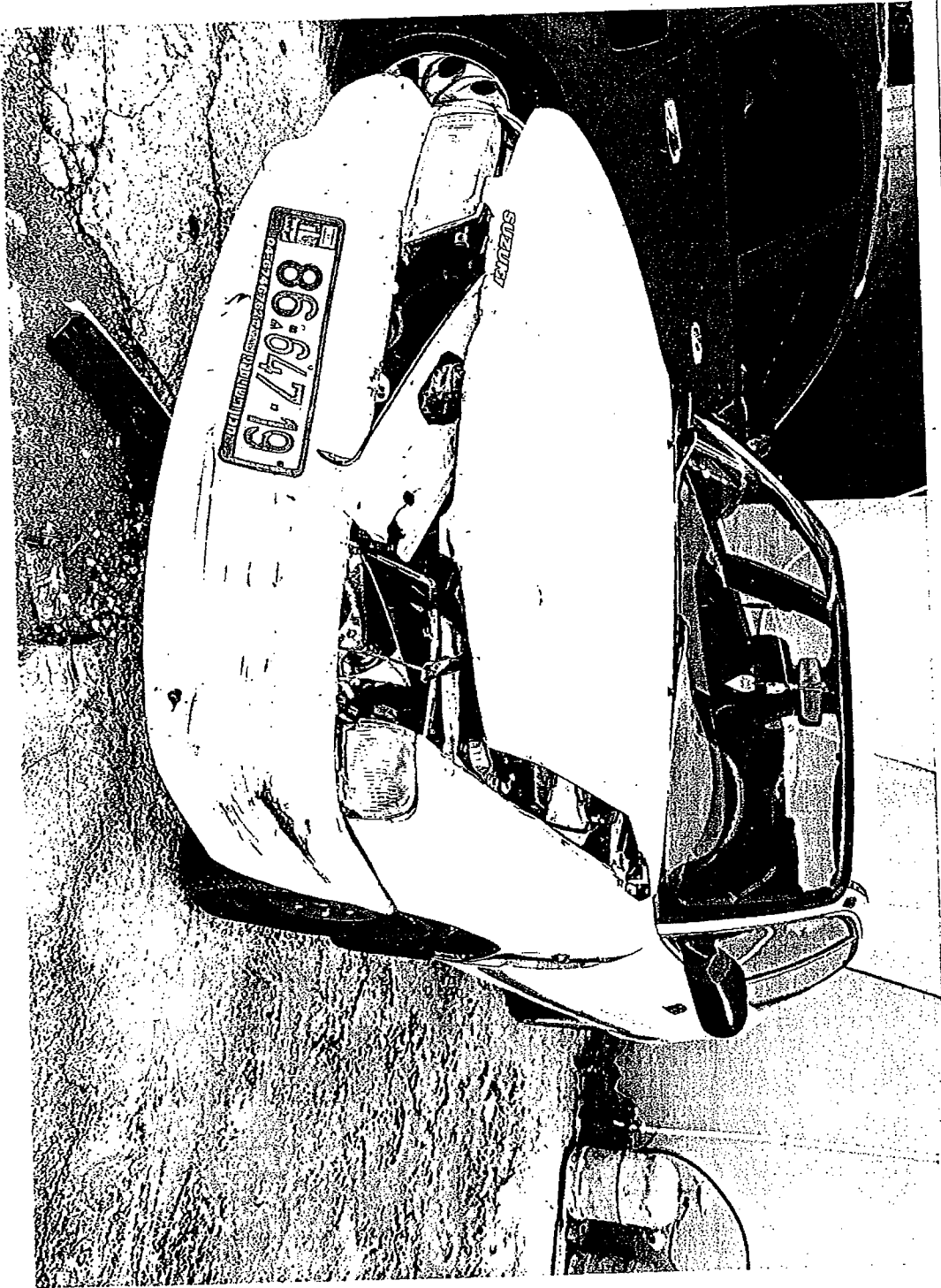
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

(08.2015) 250 71







הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : עו"ד אריאל פרייברג ו/או הישאם קבלאן (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:

- א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
- ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
- ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.

4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב. ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)

6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן:

א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

X
הלקוח

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. _____ התובע בתיק _____ בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום _____ הופיע/ה בפני _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____ ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין