

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

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.

11.10.21

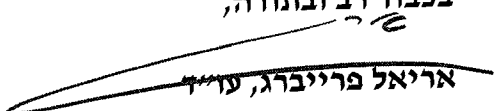
לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נכות מעבודה
פתח תקווה
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: קורל פדלון, ת.ז. 322439985
תאונה מיום 4.8.21

1. מרשתי שבנדון נפגעה בתאונה ביום 4.8.21
2. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
3. לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשתי אודה.
*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 10

04.09.27

נא ציין את מספר תעודת זהות 3 2 2 4 3 9 9 8 5 ותאריך הפגיעה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
01	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם פרטי שם משפחה

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

3 2 2 4 3 9 9 8 5

תאריך עלייה

קורל

פדלון

תאריך לידה

מספר אישי בצה"ל

שנה חודש יום

2 0 / 1 1 / 2 0 0 0

שנה חודש יום
☐ ידועה/בציבור
☐ גרושה/גרש

☐ אלמנה
☐ פרודה/נשואה

☒ רווקה

מצב משפחתי: **כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר

מיקוד

ישוב

דירה

מס' בית

שטח מפרס ירושע 65

פרח תקווה

טלפון נייד

טלפון קווי

דואר אלקטרוני

0 5 3 6 2 0 6 4 0 6

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם פרטי איש קשר

שם פרטי איש קשר

שם משפחה איש קשר

מס' זהות איש קשר

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב". הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מיקוד

ישוב

דירה

מס' בית

כניסה

רחוב / תא דואר

04.09.21

נא ציין את מספר תעודת זהות 3 2 2 4 3 9 9 8 5 ותאריך הפגיעה

2

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל _____ תפקיד התובע במקום העבודה _____

קוטר _____ מיקוד _____ ישוב _____

רחוב / תא דואר _____ מספר בית _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

מס' פקס _____

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק _____ סוג העיסוק _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

רחוב / תא דואר _____ מספר בית _____

מיקוד _____ ישוב _____

2א'

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות _____

צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐

שב"ס ☐ משא"ז ☐

משטרה ☐ אחר ☐

רחוב / תא דואר _____ מספר בית _____

מיקוד _____ ישוב _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____

מס' פקס _____

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 5 8 9 9 3 2 2 4 ותאריך הפגיעה 21.09.04 עמוד 4 מתוך 10

5 סיוע בהגשת תביעה

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

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: ד"ר אילן פרידמאן

6 פרטים על תאונת דרכים

האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?

☐ לא ☒ כן.
(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

האם נפגעת בהיותך:

סוג הרכב המעורב בתאונה:

הרכב בבעלות:

פרטי הנהג

נוסעים נוספים ברכב:

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ לא ☒ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?

תביעה נגד שם העו"ד המטפל

כתובתו

טלפון

פקס דואר אלקטרוני

מס' תיק אזרחי

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☒ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

מספר התיק במשטרה

526969/2021

טיפול בתאונה
תחנת משטרה ב-

מתחם תקווה בארץ

נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע

מונית ☐ אחר, פרט

"לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב."

מספר רישוי

פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם)

רכב ציבורי ☐ אחר

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה

ומספר הקו

מספר זהות / דרכון

ס"ב

מספר זהות / דרכון

ס"ב

מספר זהות / דרכון

ס"ב

מס' פוליסה

שם חברת הביטוח

נא ציין את מספר תעודת זהות 5 8 9 9 4 2 2 3 ותאריך הפגיעה 04.09.21 עמוד 5 מתוך 10

7 פירוט 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 המספל _____

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

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך		מתאריך		עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	שנה	חודש	שנה	חודש	שנה	חודש
05	08	20	21	05	08	20	21
שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה	שעה	דקה
עד שעה	עד שעה	עד שעה	עד שעה	עד שעה	עד שעה	עד שעה	עד שעה

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמורת

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)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה X

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטי רשומים מטה: שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
20 - מזרחי טפחות	550 - רוטשילד פ"ת		253664

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים 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 ו/או 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 חתימת מקבל התשלום X 10.10.21

11

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

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 ביוזעין 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 יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 10.10.21

חתימת התובע * קל

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: "פוי כת", צו אפוסטרופסות, 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 3 2 2 4 3 9 9 8 5 ותאריך הפגיעה 4/8/21 עמוד 8 מתוך 10 למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

13

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

פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? 15:33 האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, ☐ הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכיים במוסד לביטוח לאומי

9 4 3 2 3 3 2 7 0

רשח חנויות רמי כיו שווק השקמה

תאריך תחילת עבודה: מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-%: מספר ימי העבודה בשבוע: 6.7

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, ההפרשים 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	שם התשלום
חודש 07/21	19	☐ יומי ☒ חודשי	4317		
חודש 06/21	18	☐ יומי ☒ חודשי	3957		
חודש 05/21	15	☒ יומי ☐ חודשי	3489		
חודש 04/21		☐ יומי ☐ חודשי			

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, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: ☐ סיבת הפסקת העבודה:

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר

רשימת חתימות רמילון חתימת המעסיק תאריך 11/08/2021 שם ותפקיד החותם חתימה וחתימת

נא ציין את מספר תעודת זהות 3 2 2 4 3 9 8 5 ותאריך הפגיעה 4/8/21 עמוד 9 מתוך 10

פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/קרן 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. 2.88

☐ 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 אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 11/03/2021 תפקיד החותם מנכ"ל שם החותם ד"ר חתימה וחותמת ☒ חתימת המעסיק

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאשר

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 וחותמת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

04.09.21

עמוד 10 מתוך 10

נא ציין את מספר תעודת זהות 3 2 2 4 3 9 9 8 5 ותאריך הפגיעה

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
שנה חודש יום	3 2 2 4 3 9 9 8 5	60

שם פרטי שם משפחה

קורל

פדלון

חבר בקופת חולים

☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי 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 10.10.21 חתימת המבוטח [Signature] x

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

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

שם משפחה ירדן שם פרטי קורן תעודת זהות 322439915 שם האב _____

רחוב 65 מס' 65 עיר נתניה מיקוד _____ סלפון _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ואו מי מטעמם ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמי"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ואו רופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור 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 _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ 62254 _____ חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפני כח הרגני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, חיה רחל, מרחוב בגדאד 42, בית גומא, גבעתיים 5,
 ת.ז. מס' 3494223, את עו"ד אריאל פרייברג ואו לחיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 4.9.79
 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, ואו כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, חודעה, טענה, תובענה או כל חליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ואו 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 פסי"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק החוצאה 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 ואו 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 חשיתופיות, 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.

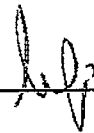
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומתעיל 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.

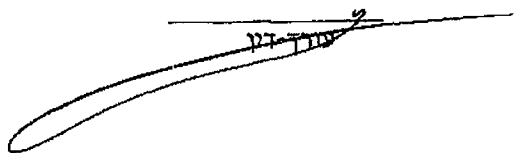
ולראיה באתי על החתום

היום _____ י' _____ לחודש _____ י" _____ שנה _____ 21

חתימה:  X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254



טר"מ - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 1599-520520 51328
פקס: 0722740627

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

נאריך ביקור Date	19:17 04/08/2021
ביקור מס': 928412	גליון שחרור Discharge Chart
תיק מס': 153756	תלונה: תאונת דרכים

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

הרופא המטפל במרפאת טרם ד"ר. סלים סמארה	שם: Name: קורל פדלון תז: ID: 322439985	א לשתיף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם עקב תקין ופה: כללית
---	---	--

סיכום הביקור:

Diagnosis

Traffic Accident, Musculoskeletal Symptoms

Pulse: 104, BP: 135/85 (other vitals may be on scanned chart) , Repeat Pulse was: 99

Age: 20 years 9 months

Injury/Pain Exam:

SPINE : Twist, Pain started LESS than an 1 hr, Pain is mild, Has Para-T-Spine pain, 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

היסטוריה / אנומזה רפואית:
הייתה מעורבת בתאונת דרכים ביממת קבלתה בחזרתה מעבודה, מנגנון קדמי, אחרונה בתאונת שרשרת, כריזת אוויר לא נפתחו, שמשות לא שברו, הקאה בודדת כשעה וחצי לאחר מכן, כעת מלינה על כאבים ביד ימין לכל אורכה, כאב ראש, סחרחורת, כאבי צוואר וגב תחתון.

דיקה גופנית:

אובה

ושאת משרל על שתי רגליה, צ הולכת בתנית אנטלגית

נביעה צוואר מ במעגלה קלה

גישות פראספילית לאורך עמוד שדרה צווארי וגבי

דיקה ניורולוגית עמוד שדרה:

תף ימין -ללא סימני חבלה, רגישות קדמת כתף, תנועה מוגבלת אנטלגית.

CORONA : Did NOT have Corona, No fever over 38, was NOT vaccinated twice, No SOB, Vaccination NOT in the past Month, No cough, NOT in quarantine, No Other breathing symptoms, Did Not Travel in the last 14 days, NO contact known positive

הלך ודין:

הדמייה - ללא עדות לנזק גרמי חריף.
טא שלי

שתחררת לביתה

נוחה בבית

גדי כאבים לפי צורך

מס ועיסוי מקומי

פעלה לפי סף כאב

קורת אורטופדצ בקופת חולים בעוד שבוע ימים במידה ואין שיפור בכאבים

חמרה לפנות לרופא

לעין גם בגליון הביקור הסרוק

דיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסקרו בתיק)

Tests done (results scanned on actual chart)

Urinalysis, BetaHCG

זמנים שבוצעו:

יד שדרה גבי <<<

ייתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פינוח הרדיולוג ב- www.teremi.com
ש לעקוב אחר תשובת הפינוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Procedures & Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי):

Voltaren (Diclofenac Sodium) IM, 75 mg, Sling
* B-HCG: NEGATIVE

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, שייתכן 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 לציין 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 רדיולוג מומחה. כמו כן ניתנות לך הוראות למציאת פינוח הצילום הסופי באתר האינטרנט של טרם.

על פי בדיקת הרופא במרפאת טרם אובחנת כסובל ממתחה של שריר. מצב זה נובע ממתחת יתר של שריר עד ליצירת קרעים מיקרוסקופיים בסיבי השריר. בדרך כלל החלמה ממצב זה נמשכת כשבוע עד שבועיים. ניתן להקל על התסמינים בדרכים הבאות:

- במהלך 24 השעות הראשונות יש להניח קרח בשקית ניילון עטופה במגבת על אזור הכאב למשך 10 דקות בכל שעה.
- יש לאפשר מנוחה של השריר הפגוע למשך מספר ימים.
- ניתן לחבוש את האזור הכואב בעזרת תחבושת אלסטית.
- יש להניח את התחבושת בצורה מייטבית- מתוחה מספיק על מנת לספק תמיכה טובה, אך לא מתוחה מדי, דבר העלול לגרום להפרעה באספקת הדם לאזור ולתחושת נימול.
- יש להסיר את התחבושת לפחות פעם ביום.

יש לפנות לרופא המטפל בקופת חולים במידה והכאב מחמיר או שמתפתחת נפיחות באזור הכואב.
יש לחזור למרפאת טרם במידה והכאב בלתי נסבל או אם מתפתח חום גבוה מ 38 מעלות.

מעקב עם רופא מטפל בעוד 3 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. סלים סמארה מ.ר. 125576

מרפאת טרם מספקת שירותי 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

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח, תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותדופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

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

תחום: רפואת משפחה
 מספר רישון: 30953
 כתובת: פלמ"ח 5 בני ברק
 טלפון: 03-6155800
 פקס: 03-6155801
 מרפאה: פלמ"ח - בני ברק מחוז: דן-פ"ת

15/08/2021 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל	פרטון קורל
שם משפחה ושם פרטי	פלמ"ח
מס זיהוי	14
גיל	20.08
מין	נ
ת. לידה	20/11/2000
שם האב	53 - 7254161
טלפון נוסף	53 - 6206406
מס בית	00-32243998-5
רחוב	בני ברק
ישוב	ישוב

04/08/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33132132373

גורם שולח



3132

מספר הפניה



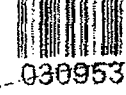
033132132373

תז נבדק



0322439985

מספר רישון



030953

שירות שנבחר

קוד קוד שירות משה"ב

70017 79249 בדיקה רפואית - אורתופדיה

שירות רפואי

70017

תיאור רפואי

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 15/08/2021
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/08/2021
 תאונת דרכים בדרך מעבודתה
 נחבלה בכתף, צאור וגב
 נבדקה במוקד טרם
 15/08/2021 התקשרות, התקבלה תשובה של צילום ע"ש אשר הדגים ליסטזיס
 15/08/2021

סימנים חיוניים: גובה 149 10/08/2021 משקל 74 10/08/2021 bmi 33.33

לחץ דם 85 / 135 09/08/2021

דופק 96 19/08/2014

05/05/2021 מתאריך 103.01 eGFR

ממצאים בבדיקה במצב כללי טוב ללא כ"ח"צ ללא מצוקה נשימתית

אבחנה משוערת

קוד איפיון A80

אבחנה

ACCIDENT/INJURY; NOS

הפניה לרפואה יועצת

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 1 מ 2

00-32243998-5 הודפס ע"י ד"ר סבסלנה קובזנצב 15/08/2021

פרטון קורל

אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA		8230
CONTUSION BACK AND BUTTOCKS		8223
SPONDYLOLISTHESIS	cervical	7384

ריון/תוכנית טיפולית מתאריך 15/08/2021
 ההפניות שהופקו ב- 09/08/2021
 הפניה לרפואה יועצת - 70017 בדיקה רפואית - אורתו
 15/08/2021
 ההפניות שהופקו ב- 15/08/2021
 הפניה לרפואה יועצת - 70017 בדיקה רפואית - אורתו
 15/08/2021

בעיות פעילות		
מגילי	איפיון	בעיה
01/08/2007		OBESITY
01/06/2010		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED
01/07/2014		OVERWEIGHT (BMI < 30)
01/01/2017		SMOKER
04/08/2021	cervical	SPONDYLOLISTHESIS

בעיות בעבר

מסמך	מגילי	איפיון	בעיה
	01/03/2004		VARICELLA

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

30953

ד"ר סבטלנה קובזנצב

חתימה וחומת 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

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 דף 2 מ 2
 15/08/2021 הודפס ע"י ד"ר סבטלנה קובזנצב 00-32243998-5

הפניה לרפואה יועצת

פירוק קורל

תאריך: 15/08/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל:

פדלון קורל

שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	נ	ת. לידה	שם האב
פדלון קורל	00-32243998-5	20.08	נ	20/11/2000	
בני ברק	פלמ"ח	14	מס בית	53 - 6205406	53 - 7254151
ישוב	רחוב			טלפון	טלפון ניסף

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שעת התאונה: 16:20

תאריך תאונה: 04/08/2021

שם המעביד וכתובתו: רמי לי. האומן 15 ירושלים

תאור התאונה: תאונת דרכים בדרך מעבודתה

אבחנות

קוד	אבחנה
A80	אבחנה
9230	ACCIDENT/INJURY NOS
9223	CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA
7384	CONTUSION BACK AND BUTTOCKS
	SPONDYLOLISTHESIS
	cervical

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום: 04/08/2021 עד יום: 13/08/2021 (כולל) סה"כ 10 ימים

15/08/2021

תאריך מתן התעודה: ת. הבדיקה

חותמת המרפאה

ד"ר סבטלנה קובזנצב
 חתימה וחותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך 30/08/2021

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי	מס זרזות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
בני ברק ישוב	פלמ"ח רחוב	14 מס בית	ג	20.09	20/11/2000
00-32243998-5					

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 04/08/2021

מספר הפניה: 35757317818

גורם שולח



5757

מספר הפניה



035757317818

תז נבדק



0322439985

רשיון רופא



031963

לכבוד: מכון פיזיותרפיה PHYSIOTHERAPY

בירור וקבעית תור בטל 2700*

במידה וברקע היו טיפולים אונקולוגים - יש צורך באישור מאונקולוג לטיפול פיזיותרפיה

שירות שנבחר

שירות רפואי 80015

תיאור רפואי

קוד קוד שירות משה"ב 80015 97001

פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

BACKACHE

אבחנה משוערת

היתה מעורבת בת"ד שרשרת במסגרת עבודתה (עובד מופר קישאית) כ-21 4 8
 עדיין כאבי כתף ימין גב לכל האורך, צוואר, גב מתנ - וגבי במיוחד בלילה
 המלצה: נשלח/ה לפיזיותרפיה
 התעמלות, פילאטיס, שחייה - חתירה, גב, תרגילי חיזוק שרירי
 לתזרז לכל פעילו הרגילה כולל גופנית
 טיפול בויס D כל יום 2000 יח"י בינ"ל
 נשלחה ל-US
 הוסבר על הצורך של הבדיקה

תלונות / סיבת הפניה

OBESITY

בעיה

איפיון

בעיות פעילות

מגילי

01/08/2007

ס.ה.ר 7

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר 00-32243998-5

הפניה לפיזיותרפיה

פדלון הורל

מגילו	איפיון	בעיה
01/06/2010		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED
01/07/2014		OVERWEIGHT (BMI < 30)
01/01/2017		SMOKER
04/08/2021	cervical	SPONDYLOLISTHESIS

התולדות עבר

מסיום	מגיל	איפיון	בעיה
01/03/2004			VARICELLA

ממצאים קליניים

בדיקת ע"ש צוואר - ללא חוסר מירוסקולרי או מוטורי
 תנועות צוואר עם מעט הגבלה - SPURLING TEST
 -HOFFMAN'S TEST -LHERMITTE'S TEST
 בדיקת ע"ש מתני - לסג-ללא חוסר מירוסקולרי או מוטורי
 תנועות מפרקים חופשית - FABER - הומן שלילי
 אורך רגליים שווה לפי AMD
 רגישות פארהברטברלית גב גבי באיזור שרירי רומביד טרפזיוס וגב מתני
 הזנקה
 כתף- אמפטי + סיבוב חיצוני בפישוק ויד צמודה +
 סימני ימפינגמנט דרופ ארם- הוקינס +
 הגבלה מנמלית בפישוק וכיסוף עם כאב 100 מע אקטבי ופסיבי 120

ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר 31963 שם הרופא
 מספר רשיון חתימה וחותמת הרופא

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

7.ה.ר

הפניה לפיזיותרפיה

פדלון קורל

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 2 מ 2

הודפס ע"י ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר 00-32243998-5



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

כללית

מרשם

גיל: 20.09 מין: ג

פדלון קורל

מס' זהות: 00-32243998-5

ביקור עקב תאונת עבודה

ETORICOXIB TAB 60MG 60MG

999003775

(ETORICOXIB (M) TAB 60MG 14, ARCOXIA 60MG(M) TAB 14)

למשך 14 ימים סה"כ 14 יח

טבליות 1 x1 ביח

תוקף מרשם: 29/11/2021 - 30/08/2021

COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000U

999001740

(D-TAB S TAB 1000UNIT BOX OF 30, VITAMIN D3 M.C.TAB 1000IU BOX, D-VIT 1000 TAB 1000UNIT 30, VITAMIN D3-1000IU BOX 30 TAB)

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1 x2 ביח

תוקף מרשם: 29/11/2021 - 30/08/2021

מס' רישיון



03-6717800

טלפון: 03-6717800

כתובת: עזרא 11 בני ברק

שם הרופא: ד"ר (רופא) ויאצ'סלב לשינר

תחום: אורתופדיה

התימה וחומת הרפא **נתחם דיגיטלית**

בידיעת, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זאת שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה	תחנת פתח תקוה שרון	מספר תיק פלא	2021	526864 /
תאריך	05/08/2021 כ"ז אב תשפ"א	סיווג תיק	ת.ד.	כללי
מס' תיק מסוף	9 - 2021 - 8811 - 5130	מס' מסמך בתיק	ב	
טלפון	03-9393444	פקס	03-6803807	
כתובת	שטמפפר 53, פתח תקווה			
נושא המסמך				

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 04/08/2021 בשעה 16:20
2. מקום התאונה: קואורדינטות: 34.87346 - 32.03268 בכביש בין עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב 6167365	סוג רכב פרטי נוסעים	פרטי הרכב: מזדה יפן	תוצר רכב סוג לוחית ישראלית
חברת ביטוח הפניקס הישראלי	שיוך המעורב (1) נהג	שם קורל פדלון	מספר פוליסה 21075540191550100
כתובת פתח תקווה, שטמפפר יהושע 65	שנת לידה 20/11/2000	קופ"ח / בית חולים מוקד טרם בני ברק	חומרת הפגיעה

מספר רכב ללא מספר	סוג רכב פרטי הרכב:	תוצר רכב סוג לוחית ישראלית
חברת ביטוח לא הוצג	שיוך המעורב (1) נהג	שם קופ"ח / בית חולים
כתובת	שנת לידה	חומרת הפגיעה

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 1

מתאריך: 05/08/2021

מצב התיק: בחקירה

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1078526	פולישוק	גל

פרטי השוטרי המוסר

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1078526	פולישוק	גל



הפניקס חברה לביטוח בע"מ
דרך השלום 53 גבעתיים 5345433

7/2020

ביטוח חובה של הפניקס - כשזה חשוב לך זה חשוב לנו



המעורב בתאונה
מס' רישוי
יצן/דגם
סוג הרכב
חברת ביטוח
שם סוכן הביטוח
טל' סוכן הביטוח
מס' פוליסה
שם בעל הרכב
טל' בעל הרכב
שם הנהג
מס' רישון הנהג
גיל הנהג
ת.ז. הנהג
כתובתו
טלפון (ב)
טלפון נייד
טלפון (ע)
את הפרטים ניתן להשיג מחוץ המסמכים של הרכב

- חלק א' - פוליסה לביטוח רכב חובה
(לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל-1970)
- א. מטרת השימוש המותרות
- (א) חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לאותו יומן במטרתו אלה:
- (1) מטרת ברתיות, פריצות או גנבות עסקיות של המבוטח שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) להלן;
- (2) מטרה עסקית של מבין נהגיה ונוסעים ראשי הרכב, שאינה השתלשלת מעשית בנתיבה לפי תקנה 213א לתקנות התעבורה, ובלבד שמטרת אלה ציגה במפורש בתעודת הביטוח;
- (3) מטרה עסקית של הסעה למעשים גלריה, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמסירה ציגה בתעודת הביטוח;
- (4) מטרה עסקית של חילוף או גיריה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או תמורה אחרת, ובלבד שהמסירה ציגה במפורש בתעודת הביטוח.
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש ברכב מנועי על בסיס תמורה שכירת או המשכיר השכיר את הרכב דרך מיטום, אלא אם כן מכירה זו ציגה במפורש בתעודת הביטוח; לעניין זה, "תמורה שכירת" לעומת תמורה לסיכור-תפעול או תמורה מקת-אגב-שכירה (לסיכור מימון).
- (ג) על אף האמור בסעיף קטן (א), אין פוליסה זו מכסה שימוש בכל תחומי שנתון על רישון כלי תנועה, למעט שימוש בכלי כאמור בעת נהיגה ספורטיבית, ונהיגה נהיגה ספורטיבית, שההורה לפי סעיף 2(ד) לתק הנהיגה הספורטיבית, התשס"ו-2005 (להלן - תק הנהיגה הספורטיבית), ואצרה מכסה שימוש ברכב מנועי למסרת ספורט מנועית של מחוץ כלי רכב שגנושה בינדו להוראת לפי תק הנהיגה הספורטיבית; לענין סעיף קטן זה, "כלי תחומי", "נהיגה ספורטיבית", "רקיע קישור" - כהגדרתם בחוק הנהיגה הספורטיבית, ו"רישון כלי תחומי" - כמשמעותו בסעיף 6 לחוק האמור.
- ב. בני האדם הרשאים לנהוג ברכב
- (א) רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, ומוחזיק ברכב כדן וכל המשותמש ברכב בהיתר מאת מי מוטו רשאים לנהוג ברכב;
- (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), נקבע בתעודת ביטוח שהוצאה לאופנוע או לרכב המסוגל "מונית" כרישון הרכב, כי חבות המבטח תכסה נהיגה ברכב רק בידי מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח, רשאי לנהוג ברכב רק מי ששמו נקוב בתעודת הביטוח כאמור;
- (ג) נהג ברכב מי שאינו רשאי לנהוג בו לפי הוראת סעיף זה, פטור המבטח מחבותו לפי פוליסה זו.
- חלק ב' - פוליסה לביטוח סחר - רכב חובה
(לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל-1970)
- א. מטרת השימוש המותרות
- חבות המבטח לפי פוליסה זו חלה רק אם בעת קרות מקרה הביטוח שימש הרכב את המבוטח לשם סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או כהיתו, לרבות לשם העברתו לצורך אחר מהשימושים האמורים.
- ב. בני האדם הרשאים לנהוג ברכב
- רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המוחזיק ברכב כדן ונהיגה הנקוב רשאים לנהוג ברכב, בכפוף להוראות סעיף 2(א) להלן.
- ג. הרחבת והגבלות
- (א) אם הדבר ציג במפורש בתעודת הביטוח, חורגת חבות המבטח לפי פוליסה זו גם לאחר מאלה:
- (1) שימוש ברכב למטרות פריטיות, חברתיות או עסקיות, ובתנאי שהרכב נמצא בחזקתו בעל הפוליסה או תהג הנקוב למטרות סחר ברכב, בדיקת הרכב, תחזוקתו, תיקונו, או כהיתו לרבות לשם העברתו לצורך אחר מהשימושים אלה, שאינן מטרה עסקית מאלה;
- (2) הוראת הנהיגה;
- (3) הטסת נוסעים ברכב, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת;
- (4) חילוף או גיריה של רכב מנועי, כנגד תשלום, שכר או כל תמורה אחרת.
- (2) נהיגה ברכב בידי מי שאינו בעל הפוליסה, בעל הרכב, המוחזיק ברכב כדן או תהג הנקוב, ובלבד שהנהיגה ברכב תהיה כאשר לפחות אחר מהם נמצא ברכב;
- (3) שימוש ברכב למעט הנהיגה במשדר הרישוי על שם בעל הפוליסה או תהג הנקוב או כן משפחה מדרגה ראשונה של מי מהם.
- (4) הובלה לאפנועים.
- חבות המבטח לפי פוליסה זו תהאכל לשימוש באופנועים בלבד, רק אם הגבלה כאמור ציגה במפורש בתעודת הביטוח.

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
7/2020

פקודת ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל-1970
תעודת ביטוח חובה

שים לב: מסירת תשובה שאינה מלאה וכלה טרם כריתת חוזה הביטוח
עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה, או להקנות
למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לביטוח חובה



מס' אסמכתא

הפניקס



שירות חדשני מהפניקס
בתביעות - הנתיב
המהיר, מסימים
כשבילך טיפול בתביעה
עד 10 ימים.

יחידת הביטוח המבטח
יחידת הביטוח המבטח

חייג למרכז תביעות הפניקס

*5070

24 שעות ביממה

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
322439985

שם בעל הפוליסה
שיר סוכבות ל

מס' פוליסה
21-075-340-1915501

שם בעל הפוליסה
שיר סוכבות ל

מס' רישוי
6167365

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
225-01752329

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
M1

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
31/12/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

מס' זיהוי של בעל הפוליסה
4/01/2021

אף (1) כמפורט (2) כי הפוליסה שתעודה זו
שייכת לה מוצאת לפי הוראות הפקודה

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
דרך השלום 53 גבעתיים 53454

010000913-0002

מהדורה 07/2020

9:57 04/01/2021

08 ושעה הרכב

סה"כ
2575.00
דמי ביטוח

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות — ביטוח נפגעי עבודה



מחסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בד/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרט המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המחבר	מספר תיק מכינים	טלפון קווי
רשת חנויות רמי לוי שוק השקמה	9 4 3 2 3 3 2 7 0	0 2 - 6 7 9 4 3 3 4
רחוב / תא דואר	מ"ש	טלפון פקס
מס' בית	מיקוד	
האזור 15 ירושלים		

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית ל- ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
פדלון	קורל	☐ זכר ☒ נקבה	5 8 9 9 3 4 2 3

פרטי התאונה

נפגה בתאריך 4/8/2021 בשעה 16:20 כאשר עבד ב חולדה סוג העבודה יום חודש שנה

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

כתובת מקום התאונה
461 דב"ש

תיאור התאונה: לפני הלידה, כאשר הורה המיילד המעלה, נולדה תאונה קטנה
הייתה ברגע האחרון, כאשר המיילד שנעשה הדיקה התחילה להקיא וזו לא פוטרה ואז
בטל, זה, צווח וזל שטח. הינו חלבים ואדם אקראי איתו רבלי.
האיבר שנפגע (כף יד) כף יד שמאל.

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי נייטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

תאריך: 11/08/2021 תפקיד החותם: מנהל שם החותם: ד"ר חתימה (והזמנת): ד"ר

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד