

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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

30.11.21

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ראשון לציון
באמצעות האתר

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.,

הנדון : מיכאל גנוסוב, ת.ז. 311700538
תאונה מיום 3.6.21

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.


מכבוד רב ורב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

מסמכים שחובה לצרף לטופס זה

- תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

311700538

נא ציין את מספר תעודת זהות

0 1 סוג המסמך דפים										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון 3 1 7 0 0 5 3 8										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
--	--	---

פרטי התובע		1
שם משפחה גליסר	שם פרטי יצחק	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) 311700538
טלפון קווי 0505073337	טלפון נייד 0505073337	דואר אלקטרוני: @
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר _____	שם פרטי איש קשר _____	מס' זהות איש קשר _____
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים		
רחוב / תא דואר יחיד 10	מס' בית 10	כניסה 10
דירה 10	יישוב 10	מיקוד 10

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'		2
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית		שם מעסיק/מפעל ש.ג.ת.
תפקיד התובע במקום העבודה _____	רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____
טלפון קווי _____	טלפון נייד _____	מספר 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 אמור/ה לבצע)		
שם העסק _____	סוג העיסוק _____	רחוב / תא דואר _____
מס' בית _____	כניסה _____	דירה _____
טלפון קווי _____	טלפון נייד _____	טלפון פקס _____

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☒ משטרה

☐ שב"ס

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☒ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

02/06/2021

שנה חודש יום

היום בשבוע

ד' -

שעת הפגיעה

07:10

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ מחוץ למפעל

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

כניסה לתוך הרכב - אשון לבין

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט

נפילת רכב

האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☐ כן, פרט:

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4 פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה <u>2021</u> חודש <u>06</u> יום <u>03</u>	שעה	

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?

☐ לא ☐ כן, פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה
	<u>73</u>		

5 סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ אחר _____

שם הגוף המייצג או המסייע: צדף איתני פה

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר האקרה

☐ 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 המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

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

7

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

עד תאריך
מתאריך

08	07	2027	03	06	2027
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה

 לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהיתי
/ בעסק
בעבודתי

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו :

משעה ☐ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

8

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

ה'יכן 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** _____

פרטי חשבון הבנק של התובע				9
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:				
שמות בעלי החשבון				
ישראל גזס"ר		דנה אופיר		
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון	
בנק לאומי	ישראל לבנק / ישראלי	955	47752	
☐ לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי				

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה	10
☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי	

הצהרת התובע/מגיש התביעה		11
אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק 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 מחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/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. 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: <u>29.7.22</u> חתימת התובע <u>X</u> פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע		
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: יפיו כח, צו אפסורפסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.		
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:		
שם העד לחתימה	ת.ז.	

2/6/20

311700538

נא ציין את מספר תעודת זהות

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 פרטים על פגיעה מחוץ למפעל או למפעל

☐ 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 בו

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 בבניין שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

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

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו: _____

2 פרטים שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

מספר ימי העבודה בשבוע: _____ חקף המשורה ב-%: _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

מתי עד מתי נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

חודש, 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	
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ העובד לא שב עד"ן לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☒ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☒ לא

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

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____

מגי שרד, רפשיק
 מ.א. 1166842
 קצ'מחש.מ. יפתח

עמוד 7 מתוך 8

2/6/21

311700538

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

3

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____☐ 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

4

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

שם החותם _____

תפקיד החותם _____

תאריך 16/11/21

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאשר

5

☐ 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)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון <u>311700538</u>	תאריך הפגיעה שנה <u>2021</u> חודש <u>06</u> יום <u>05</u>
שם משפחה <u>גולפזר</u>	שם פרטי <u>יחזקאל</u>	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☒ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י 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 אודותיי.

תאריך 29.11.21 חתימת המבוטח x

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, מרחוב _____, ת.ז. מס' _____, 317700537
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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.

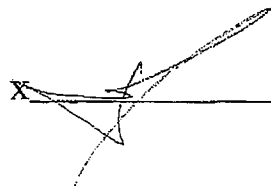
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור 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 14 לחודש 9 שנה 2021

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ייקשמו פרטיו)

שם משפחה שם פרטי שם האב תעודת זהות שם האב

רחוב מס' עיר מיקוד טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ואו מי מטעמן 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 שיידרשו 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, התשמ"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: _____
מכונים, מעבדות: _____

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: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח חריגני מייפה את כוחו _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

31830 722 48 71830

ת.ז:	1311700538	שם המבוטח:	בנוסוב מיכאל	מין:	זכר	כיסוי:	מאוחדת	ת.ל.ה:	05/05/1971
כתובת:	הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275				

מס. טופס
3523001141

הבדיקה החדשה: **אורטופד - ICG0005**

תלונות החולה:

- כאב ברך ימין לאחר סביב נפל אתמול על ברך ימין בדרך ממשמרת יש נפיחות בברך ימין צליעה

בדיקה גופנית:

- נפיחות רגישות ניכרת הגבלת תנועה

אבחנות:

- CONTUSION OF KNEE AND LOWER LEG right

רפא/מטפל:	ד"ר חגיב נתן	רשיון:	28487	טלפון:	03-9423111
תחום/עיסוק:	רפואה כללית	קאפח 4 ראשון לציון			

ת.ז.: 1311700538 שם המבוטח: גבוסוב מיכאל מין: זכר ביטוח: מאחדת ת.לידה: 05/05/1971
כתובת: הבופר 16/17 ראשון לציון מיקוד: 75429 טלפון: 003-9619275



מס. טופס



4339000178

אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 08/06/2021 עד יום 22/06/2021 סה"כ 15 ימים

החל מ 11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

ד"ר קונסטנטין הלפרין
מומחה לכירורגיה אורתופדית
כירורגית קרסול וכף רגל
מ.ר. 28350 מ.ר. 21955

חתימה וחותמת הרופא



רשיון: 28350

רופא/מטפל: ד"ר הלפרין קונסטנטין

טלפון: 03-9631953

תחום עיסוק: אורת' כף רגל וקרסול

כתובת: הנחשול 30 ראשון לציון

ת.ז: 1311700538	שם המבוטח:	גנוסוב מיכאל	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	05/05/1971
כתובת:	הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275			

מס. טופס:	3523001182	אישור מחלה
-----------	------------	-------------------

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 02/06/2021 עד יום 07/06/2021 סה"כ 6 ימים

חול מ 11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

הערות:

בשל כאב ברך ימין וחבלת ברך CONTUSION KNEE

הפאמטפל:	ד"ר חביב נתן	רשיון:	28487	
תחום עיסוק:	רפואה כללית	טלפון:	03-9423111	
כתובת:	קאפה 4 ראשון לציון			

ת.ז:	1311700538	שם המבוטח:	גבוסוב מיכאל	מין:	זכר	ביטוח:	מאחדת	ת.לדה:	05/05/1971
כתובת:		הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275			



מס. טופס



3520006366

אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 23/06/2021 עד יום 07/07/2021 סה"כ 15 ימים

החל מ 11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

רופא/מטפל:	ד"ר קוצ'ר יורי	רשיון:	34096	ת.ז:	
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	03-9480808	תתימה וחתימות:	
כתובת:	פיקא 31 ראשון לציון				

-- רפואי אישי --

 תאריך רישום: 23/06/2021
 תאריך הדפסה: 23/06/2021

ת.ז:	1311700538	שם המבוטח:	גבוסב מיכאל	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	05/05/1971
כתובת:	הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275				

סיכום ביקור

ביקור ב - 23/06/2021 20:45 אצל ד"ר קוצ'ר יורי , אורתופדיה מ.ר: 34096
 ביקור ראשון עם כרטיס

סיבת פניה - מחלה

בדיקה גופנית

- מערכת שלד : קלינית , אנמנסטית SPRAIN RT KNEE SP ACL לאחר תע
 נפוחות , רגשיות , הגבלה בתנועות , מתתנייד עם מקל , ללא פחת גריוסוקולרי .
 צילום מצב לאחר שיחזור ACL

אבחנות

- SPRAIN RT KNEE SP ACL RECONSTRUCTION
- PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMB

הפניות למכונים

- פיזיותרפיה

אישורים

- אישור מחלה מיום 23/06/2021 עד יום 07/07/2021

תרופות

- ETOPAN 400MG 30TAB PO 1 TAB X 2/day for 10 days 1 O.P.(85%)
- ZALDIAR 37.5MG/325MG 20TAB PO 1 TAB X 2/day for 10 days 1 O.P.(15%)

רפוא/מטפל:	ד"ר קוצ'ר יורי	רשין:	34096
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	03-9480808
כתובת:	פיקא 31 ראשון לציון		

ת.ז:	1311700538	שם המבוטח:	גבסוב מיכאל	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	05/05/1971
כתובת:	הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275				



מס. טופס



3520006333

הפנייה לפיזיותרפיה

הבדיקה הדרושה: פיזיותרפיה - PRG0017

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד : קלינית , אנמגסטית SP ACL RT KNEE SPRAIN לאחר תע נפיחות , רגשיות , הגבלה בתנועות , מתתנייד עם מקל , ללא פחת נריוסוקולרי .
צילום מצב לאחר שיחזור ACL

אבחנות:

- PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMB
- SPRAIN RT KNEE SP ACL RECONSTRUCTION

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה

רפא/מטפל:	ד"ר קוצ'ר יורי	רשיון:	34096
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	03-9480808
כתובת:	פיקא 31 ראשון לציון		



חתימת רופא/מטפל

[illegible][illegible]



036801377

טלפון:

תאריך: 15/06/2021

שעה: 10:22

שם מרפאה: מרפאת מהוז תל אביב

לכבוד: מפקד
ק"אמ"ש**הנדון: בדיקה רפואית**

המידע הכלל במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות ההגבלה, התשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממש לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק. מסירת המידע במגזר לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

פרטים אישיים:

גנוסוב מיכאל

יחידת השירות: משרד שיטור
וקהילה שרת

דרגה: רס"ב

מ.א: 01046523

729.5

להלן האבחנות הרפואיות:

תיאור התגבלה:

קוד הגבלה רפואית	תיאור הגבלה רפואית	תאריך מ-	תאריך עד-	תאור הכרה	תאריך פגיעה	שעת פגיעה
16	מוגבל לעבודה בתנאי חדר	22.06.2021	31.07.2021	מחלה רגילה		
34	משוחרר מפעילות מאמץ ברגליים	22.06.2021	31.07.2021	מחלה רגילה		
36	משוחרר מעמידה ממושכת	22.06.2021	31.07.2021	מחלה רגילה		

אם לא ניתן אישור להאריך תוקף הגבלה, השוטר יחזור לעבודה מיום סיום ההגבלה, על פי דרישות התפקיד.

חתימה

רופא מאשר: ויאר, אלכסנדר

15/06/2021 10:22

חתימה
ו.י.א.ר.
אלכסנדר

שם משתמש: U304001183

תאריך: 5/06/2021 שעה: 10:22

עמוד 1 מתוך 1



-- רפואי אישי --

תאריך רישום: 10/09/2021
תאריך הדפסה: 10/09/2021

מס. טופס



3523001364

תעודת רפואית מוספת לנפגע בעבודה

ת.ד:	1311700538	שם המבוטח:	גנוסוב מיכאל	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.לידה:	05/05/1971
כתובת:		הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275			

שם המעביד: משטרת ישראל
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע:
שכיר:
רופא מטפל: ד"ר חביב נתן
נמצא בטיפול מיום:
תאריך התאמה: 06/07/2019

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקיבלתי, לפי דברי הנפגע חנ"ל ביום: 06/07/2019
דעתי היא, שאי כושר זה ימשך מיום 10/09/2021 עד יום 17/09/2021 סה"כ 8 ימים



28487 תש"פ

רופא/מטפל: ד"ר חביב נתן

תחום עיסוק: רפואה כללית

כתובת: קאפח 4 ראשון לציון

טלפון: 03-9423111



www.ma'uhedet.co.il



== רפואי אישי ==

תאריך רישום: 30/09/2021
תאריך הדפסה: 30/09/2021

ת.ז:	1311700538	שם המבוטח:	בנוסוב מיכאל	מין:	זכר	ביטוח:	מאחדת	ת.לידה:	05/05/1971
כתובת:	הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275				

מס. טופס	אישור מחלה
3523001539	

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 29/09/2021 עד יום 04/10/2021 סה"כ 6 ימים

החל מ-11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור המחלה

הערות:

בשל מחלת חום UPPER RESPIRATORY VIRAL INF

רופא/מטפל:	ד"ר חביב נתן	חשון:	28487
תחום עיסוק:	רפואה כללית	טלפון:	03-9423111
כתובת:	קאפה 4 ראשון לציון		



www.meuhedet.co.il



-- רפואי אישי --

תאריך רישום: 08/10/2021
תאריך הדפסה: 08/10/2021

ת.ז. 1311700538	שם המבטח:	גבסוב מיכאל	מין:	זכר	ביטוח:	מאחדת	ת.ל.ידה:	05/05/1971
	כתובת:	המפר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275		

מס. טופס  3520006697	אישור מחלה
---	--------------------------

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 05/10/2021 עד יום 05/11/2021 סה"כ 32 ימים

החל מ-11.2015 עפ"י חוק תקנות דמי מחלה אין לציין אבחנה באישור הנוכחי

רפא/מטפל:	ד"ר קוצר יורי	רשיון:	34096	
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	03-9480808	
כתובת:	פיקא 31 ראשון לציון			



www.meuhedet.co.il

-- רפואי אישי --



תאריך רישום: 08/10/2021
תאריך הדפסה: 08/10/2021

ת.ז:	1311700538	שם המבוטח:	גנוסוב מיכאל	מין:	זכר	ביטוח:	מאחדת	ת.לדה:	05/05/1971
כתובת:	הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275				

סיכום ביקור

ביקור ב - 08/10/2021 10:32 אצל ד"ר קוצ'ר יורי , אורתופדיה מ.ר: 34096
ביקור ראשון עם כרטיס

סיבת פניה - תאונת עבודה בתאריך: 06/07/2019

בדיקה גופנית

- מערכת שלד : קלינית , אנמנסטית SPRAIN RT KNEE SP ACL לאחר תע נפיחות , רגשיות , הגבלה בתנועות , מתתנייד עם מקל , ללא פחת נריוסוקולרי .
צילום מצב לאחר שיחזור ACL
- מערכת שלד : ממשיך לסבול מכאבי ברכיים , מצב לאחר שיחזור רצוע צולבת קידמית מימין 15 שנה לאחר קרע שוב נקע ברך ימין .
כעת חופש קידמי אחורי יתר מימין , כאבים לאחר נקעים חוזרים עם אורעים חוזרים של מתיחת ברך בתע . חריקות במדור פנימי ברך שמאל במבחן מגירה קידמי .
טווחי תנועות תקינים , תפליט מינימלי , ללא תפליט תוך ברכי דו"צ .
כעת התחיל לסבול מכאבים בברך שמאל עקב עומס יתר בבדיקתו סימנים מניסקליים חיוביים , ללא חסר יציבות , ללא תפליט .
רושם על דילדול שריר ארבע ראשים דו"צ .
- החולה עבר בדיקת MRI ברכיים , הודגמו שינויים ארטרוטיים , רצועות המשכיות , קרע דגנרטיבי של מניסקוס פנימי .
לא מתאים לפעילות מבצעית , להמנע מעומסים פיזיים , ריצה , כפיצות , עמידה , הליכה עם משקל ממושחים .

אבחנות

- SPRAIN RT KNEE SP ACL RECONSTRUCTION
- PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMB , pain rt knee s/p acl reconstruction
- sprain rt knee
- oa of knees

הפניות למכונים

- פיזיותרפיה

אישורים

- אישור מחלה מיום 05/10/2021 עד יום 05/11/2021

רופא/מטפל:	ד"ר קוצ'ר יורי	רשיון:	34096
תחום עיסוק:	אורתופדיה	טלפון:	03-9480808
כתובת:	פיקא 31 ראשון לציון		



-- רפואי אישי --

תאריך רישום: 08/10/2021
תאריך הדפסה: 08/10/2021

ת.ז:	1311700538	שם המבטח:	גנוסוב מיכאל	מין:	זכר	ביטוח:	מאוחדת	ת.ל.ז:	05/05/1971
כתובת:	הנופר 16/17 ראשון לציון	מיקוד:	75429	טלפון:	003-9619275				

מס. טופס	הפנייה לפיזיותרפיה
3520006689	

הבדיקה הדרושה: פיזיותרפיה - PRG0017

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	ק	מוכר משרד הביטחון:	לא
--------------	----	--------------	---	--------------------	----

בדיקה גופנית:

- מערכת שלד : ממשיך לסבול מכאבי ברכיים , מצב לאחר שיחזור רצוע צולבת קידמית מימין 15 שנה לאחר קרע שוב נקע ברך ימין .
- כעת חופש קידמי אחורי יתר מימין , כאבים לאחר נקעים חוזרים עם אורעים חוזרים של מתיחת ברך בתע . חריקות במחזור פנימי ברך שמאל במבחן מגירה קידמי .
- טווחי תנועות תקינים , תפליט מימלי , ללא תפליט תוך ברכי ד"צ .
- כעת התחיל לסבול מכאבים בדרך שמאל עקב עומס יתר
- בבדיקתו סימנים מניסקליים חיובים , ללא חסר יציבות , ללא תפליט .
- רושם על דילדול שריר ארבע ראשים ד"צ .
- החולה עבר בדיקת MRI ברכיים , הודגמו שינויים ארטרוטיים , רצועות המשיכות , קרע דגנרטיבי של מניסקוס פנימי .
- לא מתאים לפעילות מבצעית , להמנע מעומסים פיזיים , ריצה , כפיצת , עמידה , הליכה עם משקל ממושחים .
- מערכת שלד : קלינית , אנמנסטית SPRAIN RT KNEE SP ACL לאחר תע
- נפיחות , רגשיות , הגבלה בתנועות , מתתנייד עם מקל , ללא פחת נרויסוקולרי .
- צילום מצב לאחר שיחזור ACL

אבחנות:

- oa of knees
- PAIN & OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMB , pain rt knee s/p acl reconstruction
- sprain rt knee
- SPRAIN RT KNEE SP ACL RECONSTRUCTION

תוקף ההפניה עד שלושה חודשים מיום הוצאתה

רפוא/מטפל:	ד"ר קצור יורי	דשיון:	34096	טלפון:	03-9480808
תחום עיסוק:	אורתופדיה	פיקא 31 ראשון לציון			



www.ma'uhedet.co.il