Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv., Mediator

7 Abba Hillel Rd., Silver Tower
Ramat Gan 5252204
Tel: 03-7412358; Fax: 077-3180983

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד ומגשר

דרך אבא הילל 7, בית סילבר
רמת גן 5252204
טל': 03-7412358; פקס': 077-3180983

Frei.ariel@gmail.com

כ"ה אלול תשפ"א
02 ספטמבר 2021

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד
ביטוח חקלאי – אגודה שיתופית מרכזית בע"מ
מחלקת תביעות גוף חובה
בדוא"ל: service@bth.co.il

נלה

א.ג.נ.,

הנדון: תאונה מיום 13/11/2019
רכב מ.ר. 512-91-301
הנפגע: עידו מטיס, ת.ז. 032400681

מס' תביעה: 1193100000209

1. מצ"ב טופס הודעה על תאונה חתום על ידי מרשי.
2. מרשי לא פנה למשטרה ועל כן אין בנמצא אישור משטרה.
3. נודע לי ממרשי כי פנה אליו חוקר מטעמכם...אבקשכם לחדול מכך!
4. אודה לעיונכם ולקבלת עמדתכם העניינית לסילוק התביעה.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג

ביטוח חקלאי

אגודה שיתופית מרכזית בע"מ

בת אגודה לרכב/מכונה חקלאית חובה לצרף תצלום רישיון הנהיגה משני צדדיו

רחוב החשמונאים 93, תל אביב 6713310, ת"ד 20190 תל אביב 6120101, טלפון 03-5632828, פקס 03-5612379 www.bth.co.il

בקבלת טופס זה אין החברה מודה באחריותה

הודעה ותביעה על תאונה לרכב או למכונה חקלאית ולנפגעי גוף

אין לתקן את הרכב/מכונה חקלאית בלא אישור

א. פרטים על הרכב המבוטח

שם (פרטי)	מספר ת.ז.	כתובת מגורים	מספר הרישיון	מספר הטלפון הנייד
טיה שלום	034005681	הגבעה שלמה	05458198164	—
כתובת דואר אלקטרוני				
IDO.mati@gmail.com				
מספר רישיון	מספר שלדה/מנוע	שם הבנק/מוסד	שנת ייצור	שם הרכב/מכונה
513913301	—	מיכאל פולה	2000	מיצובישי פאג'רו
מספר הטלפון	שם מקום העבודה	מספר הטלפון		

ב. פרטים על חובל ברכב המבוטח בעת התאונה

שם הנהג	מספר הזהות	תאריך לידה	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד
טיה שלום	034005681	6/6/1975	05458198164	—
כתובת (כולל מיקוד)	כתובת דואר אלקטרוני	מספר רישיון הנהיגה	רמת הרישיון	שנת הוצאת הרישיון	התאונה אירעה באשמתך
שמשרון	037940000	IDO.mati@gmail.com	6375645	B	1992	☒ כן ○ לא

ג. אישור אי-הגשת תביעה

אני מבקש לקבל אישור אי-הגשת תביעה	הכתובת לשליחת האישור
○ לא ● כן	—

ד. פרטים על התאונה

תאריך התאונה	שעת התאונה	מקום התאונה	תיאור כללי של הנזק שנגרם לרכב המבוטח	תיאור כללי שנגרם לרכב צד שלישי
13/11/2019	0700	דרך שמשרון נתניה	אין	אין
מס' אסות המסען בזמן התאונה				
אין				
האם יש שלילת רישיון	הישתמשות מסקום האירוע	מהו המקרה שהיה מצב צבע/מקרה בדרכו של		
○ לך ○ לצד שלישי ☒ לאף אחד	☒ לא ○ כן, זא לצרף	המבוטח טיה רגלון	צד שלישי	

ה. פרטים בסקרה של התנגשות עם רכב אחר (נא לרשום פרטים על כלי הרכב המעורב)

שם בעל הרכב	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	שם הסוכן
—	—			
מספר הרכב	תוצרת דגם	שנת ייצור	חברת ביטוח	מספר הפוליסה
שם הנהג	מספר הזהות	מספר הטלפון הנייד	כתובת (כולל מיקוד)	מספר הטלפון הנייד

אנא רשום תיאור מלא של הסקרה

בדרך לעבודה שמתי רגל אדומים הלכלוכים, לדרך
בסמוך לאיזור פגעתי את כלי הרכב נעל כלי
הלכלוך הרוח שלהן ראיתי לקלר הרכב הלכלוכ
על ראשי

תרשים הסקום והאירוע

האם ניתנה הודעה במשטרה ☒ לא ○ כן	**פרטי העדים למקרה**
לאיזו תחנה	(1) שם — כתובת — מספר הטלפון —
מספר תיק/יומן	(2) שם — כתובת — מספר הטלפון —

ו. פרטים על נפגעים שהיו בכלי הרכב המבוטח (כולל נהג) ואם הלכו לבית חולים תעודת ביטוח חובה עם חתימת הבנק המאשר את תשלום הפרמיה

שם פלא	מספר הזהות	כתובת	גיל	תאגות עבודה*	מעמד בעבודה	האם הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי
טיה שלום	034005681	הגבעה שלמה	46	☒ כן ○ לא	☒ שכיר ○ עצמאי	☒ כן ○ לא
פרטים על הפגיעה ב:**		עצם הדיון שלמה				
				○ כן ○ לא	○ שכיר ○ עצמאי	○ כן ○ לא
פרטים על הפגיעה ב:**						
				○ כן ○ לא	○ שכיר ○ עצמאי	○ כן ○ לא
פרטים על הפגיעה ב:**						

אם התשובה לשאלה זו היא "כן" יש להגיש למוסד לביטוח לאומי תביעה להפסדי השתכרות והוצאות רפואיות.

* במקרה של תאונת עבודה, האם התאונה אירעה במסגרת העבודה או בדרך אליה/בחזרה.

** מאשר ○ כן ○ לא, את עסיקת כל המידע על הרכב ואזכורו שבבעלותי וגל רישיון הנהיגה שלי מטאגרי המידע של משרד התחבורה/משרד הרישוי.
** מאשר שנמסר לי שחברת הביטוח רשאית לפנות, לבירור פרטים על כלי הרכב המבוטח, למאגר המידע על כלי הרכב המצא במרכז הסליקה של יעד חברות הביטוח.

** מעוניין ○ כן ○ לא, שתביעת צד שלישי, שתוגש נגדי, תשולם על-ידי החברה, בהתאם לסעיף 6ז בחוק חוזה הביטוח, ואני מתחייב להעביר את סכום השתתפות העצמית שלי, על-פי תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה לכך.
** מבקש להעביר אליי את דוח השמאי לדואר האלקטרוני הרשום בסעיף א.

תאריך 2/9/2021 חתימה

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv., Mediator

7 Abba Hillel Rd., Silver Tower
Ramat Gan 5252204
Tel: 03-7412358; Fax: 077-3180983

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד ומגשר

דרך אבא הילל 7, בית סילבר
רמת גן 5252204
טל': 03-7412358; פקס': 077-3180983

Frei.ariel@gmail.com

ה' אב תשפ"א
14 יולי 2021

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד
ביטוח חקלאי – אגודה שיתופית מרכזית בע"מ
מחלקת תביעות גוף חובה
בדוא"ל: service@bth.co.il

נשלח בדוא"ל

א.ג.נ.,

הנדון: תאונה מיום 13/11/2019
רכב מ.ר. 301-91-512
הנפגע: עידו מטיס, ת.ז. 032400681

1. ביום 13.11.19 בשעה 07:00 או בסמוך לכך, עת היה בדרכו לעבודה שמע מרשי רעש מכיוון הגלגלים על כן עצר בצד הדרך בסמוך למדרכה ברחוב דרך משמרות, בפרדס חנה כרכור, פתח את דלת הרכב ובמהלך היציאה נלכדה רגלו של מרשי בין המדרכה לבין הרכב והוא נפל ונחבל (להלן: "**התאונה**").

מצ"ב תעודת ביטוח חובה וצילום רישיון נהיגה, מסומנים "1 - 3".

2. לאחר התאונה, כשהוא מדמם מהחתכים בפניו, פנה מרשי לקבלת טיפול רפואי ונוכח אבחנה של חבלת ראש הוחלט להפנותו לחדר מיון.

3. מרשי טופל בבית החולים הלל יפה, בחדרה, שם אובחנה חבלה בחלק הפרונטלי של הגולגולת, חתך של 1 סמ' בגשר האף עם שבר אפי, חתך בשפה העליונה וכאבים והגבלה בתנועות הצוואר.לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר מרשי לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, ומנוחה.

מצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "4- 9"

4. מרשי אשר המשיך לסבול מכאבים בראשו, בפנים ובצוואר טופל במסגרת הקהילה, ונוכח תלונותיו בדבר קשיי נשימה, כמו גם ירידה בשמיעה הופנה להמשך מנוחה, מעקב אף, אוזן וגרון ונטילת משככי כאבים.

מצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "10 – 12"

5. רופא אף אוזן וגרון אשר בדק את מרשי איבחן מחיצה שבורה וסטיה בלוע האף. בדיקת שמיעה שביצע הדגימה ירידה קלה בשמיעה.

מצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "13 – 16"

6. מרשי פנה למוסד לביטוח לאומי בתביעה לקביעת נכותו והוא זומן לוועדה שהתקיימה ביום 22.11.20 אשר קבעה כדלקמן:

נכות זמנית בשיעור 20% בגין שבר סגור בעצמות האף ופציעה אחורית של הראש מיום 21.11.19 ועד ליום 31.1.20.

נכות צמיתה בשיעור 5% בגין כאבי ראש.

מצ"ב פרוטוקול והחלטת המל"ל, מסומנים "17 – 23"

7. מאז התאונה, סובל מרשי מכאבי ראש, סחרחורות, מקשיי נשימה ונחירות לילה. מקושי בישיבה ממושכת, מקושי בהטיית הראש, מקשיי ריכוז מקושי בנשימה ונחירות, מקושי בעבודה ממושכת מול מחשב, קושי בנהיגה ממושכת והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

8. מרשי מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לכך גם בעתיד.

9. מרשי, מנכ"ל בחברה העוסקת בתחום התחבורה וטכנולוגיה, עבודה טובענית הכרוכה בריכוז ממושך, חדות מחשבה ויכולת לייצר ולהניע תהליכים. עבודתו כרוכה מעצם טיבה וטבעה מישיבה ממושכת, ריכוז ועבודה מול מחשב. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה מרשי בביצוע עבודתו, הוא נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ונגרמו לו הפסדי שכר.

10. נוכח מגבלותיו מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק מרשי להוצאות בגין הסעות מיוחדות ומוניות ויזדקק להוצאות אלה גם בעתיד.

11. בנסיבות המתוארות לעיל, ואך על מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי, על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובאלי בסך 185,000 ₪.

12. לעיוננכם וקבלת עמדתכם העניינית אודה.

* לנוחותכם, מצורף בזאת ייפוי כח וטופס ויתור על סודיות רפואית חתומים בידי מרשי שבנדון.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג

מאוחדת
לרוות בריא ולהשאר בריא

תאריך רישום: 13/11/2019
תאריך הדפסה: 13/11/2019

ת.ז:	1032400681	שם המבוטח:	מטיס עידו	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	06/06/1975
כתובת:	ד.נע מנשה ת.ד 188 משמרות			מיקוד:	37840	טלפון:	054-5818184		

מס. טופס
3363005368

הבדיקה הדרושה: **חדר מיון - GNG0032**

תאונת דרכים:	לא	תאונת עבודה:	p	מוכר משרד הביטחון:	לא

תלונות החולה:

- היום בדרך לעבודה מעד ברחוב ונפל - נחבל במצח מימין, באפף ובשפה עליונה מימין. שולל איבוד הכרה, לא היתה הקאה, ללא אמנזיה.

מתלונן על כאבים באזור החבלות ובצואר

בבדיקתו כעת - בהכרה מלאה, הגיע בכוחות עצמו למרפאה, הליכה יציבה

פצע שפשוף במצח משמאל, פצע עם קרישי דם בגשר האף, נפיחות מקומית וסטיית מחיצה לשמאל, פצע ברירית השפה העליונה מימין

רגישות מעל שרירי הצואר והגב העליון

מופנה לחדר מיון עקב חבלת הראש, לשלילת שבר באף וטיפול בהתאם

יש מקום למתן חיסון נגד טטנוס

אבחנות:

- CONTUSION OF NOSE , r/o fracture
- FALLING
- HEAD INJ
- OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK

רופא/מטפל:	ד"ר ארון מאור אנבלה	תשיון:	23794
תחום עיסוק:	רפואה פנימית		
כתובת:	הנחילות 2,מרכז מסחרי פרדס חנה-כ	טלפון:	04-6639900

Affiliated with the Rappaport Facult
of Medicine, The Technion, Haifa
The State of Israel - Ministry of Health

Hillel Yaffe
Medical Center

המרכז הרפואי
הלל יפה

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט
הטכניון, חיפה
מדינת ישראל - משרד הבריאות

כתובתינו באינטרנט: http://hy.health.gov.il

ת.ד. 169, חדרה 3810101 | טל. 04-7744477 | פקס. 04-6344776

סודי רפואי

מעודכן ל: 13/11/19, 16:03 טלפון: 04-7744304

מנהל מח': דר. אשקר

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11010766

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981
ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות בחוק.
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

מטיס עידו

ת.ז.: 3240068-1 **מין:** זכר **ת.לידה:** 06/06/1975 **גיל:** 44 ש

שם האב: מרדכי **טל1:** 054-5818184 **טל2:** 054-9995968 **שם האם:** מרים

מצב משפחתי: נ + 3 **קופ"ח:** מאוחדת **סוג מבקר:** אזרח

כתובת: משמרות 0, משמרות, 3784000

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: תאונת עבודה **גורם מפנה:** מאוחדת **מבטח:** מטיס עידו, 3240068-1

תאריך קליטה במיון: 13/11/19 **שעה:** 10:35

תאריך קליטה בבי"ח: 13/11/19 **שעה:** 10:35

זמן בדיקת רופא: 13/11/19, 12:10

אבחנות נוכחיות

873.40 - **OPEN WOUND OF FACE, UNSPECIFIED SITE, UNCOMPLICATED**

אף

780.2 - **SYNCOPE AND COLLAPSE**

802.0 - **NASAL BONES, CLOSED FRACTURE**

959.01 - **HEAD INJURY, UNSPECIFIED**

13-11-2019

פעולות נוכחיות

99.56 - **ADMINISTRATION OF TETANUS ANTITOXIN**

רגישויות

לא ידוע

תלונה עיקרית

בן 44, בריא בד"כ. לא מחוסן לטטנוס.

פנה למיון לאחר שנפל ונחבל בראש ובפנים, אינו זוכר את הנפילה, זוכר שהתעורר עם דימום מגשר האף.

בדיקה גופנית

מצב כללי: יציב המודינמית ונשימתית, צלול ונינוח

ראש וגולגולת: סימן חבלה בחלק הפרונטאלי,

א.א.ג: חתך של כ1 ס"מ בגשר האף, חתך בחלקק הפנימי של השפה העליונה

בית חזה ונשימה: סימטרי. ללא סימני חבלה טריים. כניסת אוויר שווה וטובה. ללא רגישות למגע

לב וכלי דם: קולות לב סדירים ללא אוושות

בטן: רכה ואינה רגישה, ללא סימני חבלה טריים

ייעוצים

סיכום ייעוצים

-- אורטופדיה ---- נו.כבהה ---- 13.11.2019 ---- 14:17 ----

בן 44, בריא בד"כ. לא מחוסן לטטנוס.

פנה למיון לאחר שהחליק במהלך עבודתו ונחבל בראש, פנים צד ימין.

בבדיקתו:
בהכרה מלאה, חתך ללא דימום פעיל בגשר האף.

גפיים עליונות :
ללא רגישות במישוש לאורך כל הגפיים.
תחושה שמורה וכח גס שמור בכל קבוצורת השרירים. הופמן שלילי דו"צ

עמוד שדרה צווארי :
רגישות קלה במישוש עמוד שדרה צוואר.
תנועה צוואר‌ית ירודה, ככל הנראה על רקע אנטלגי.
הליכה :
תקינה, ללא צליעה.

עבר CT ע"ש צווארי ללא עדות לשבר ללא ממצא גרמי חריג , נראה ישור לורדוזיס

רושם למכה מבודדת בראש
משוחרר מבחינה אורטופדית ללא בעיה חריפה

המשך ייעוצים

ייעוצים רפואיים

13/11/19 14:44 **ייעוץ מלר"ד-א.א.ג - ייעוץ אף אוזן גרון**

שם הגורם המייעץ: דר. דגן, אור

בן 44 בריא
תרופות ורגישויות-א.מ.ל
היום חבלת פנים עקב נפילה
בבדיקתו:
מצב כללי טוב
בדיקה נוירולוגית תקינה
אף-חתך שטחי עם חסר עור על גשר האף ללא יכולת התערבות כירורגית כעת.בנוסף, סטייה לימין עם שקע משמאל
רהינוסקופיה-ללא המטומה ספטלית
אוזניים- ללא BATLLE SIGN על פני אזור המסטואיד, תופיות- ללא המטוימפנום.

טומוגרפיה-שבר אפי ללא שברים נוספים בעצמות הפנים

שוחחתי עם המטופל על האפשרות לבצע רדוקציה אפית בעוד חמישה ימים, המטופל אינו מעונין

לסיכום ללא צורך בהתערבות אאג כעת ללא עניין בהתערבות אאג בעתיד

13/11/19 15:59 **ייעוץ מלר"ד-פנימית - ייעוץ רפואה דחופה**

שם הגורם המייעץ: דר. פסציאנסקי, פבל

מדובר בחולה בן 44 ,בריא בדייכ,אשר נבדק בעקבות נפילה(עלפון?) עם חבלת ראש ביציאה מרכבו בשעות הבוקר.
בבדיקתו-בהכרה מלאה ,ללא כחציין.
המטומה במצח מימין.
חתך שטחי עם דפורמציה של גשר האף.
לב,ריאות,בדיקה נוירולוגית-ב.מ.פ.
בדיקה נוירולוגית תקינה.
ללא סימני נשיכת לשון או אובדן שליטה על סוגרים.
תרשים אקג-62, NSR לדקה,ללא עדות לאיסכמיה חריפה.
לאור האמור,מומלץ לבצע אקו-לב ובדיקת אקו לקרוטיס באופן אמבולטורי.
משוחרר מבחינה פנימית כעת.

דיון וסיכום הקבלה

בן 44, בריא בד"כ. לא מחוסן לטטנוס.

פנה למיון לאחר שנפל ונחבל בראש ובפנים, אינו זוכר את הנפילה, זוכר שהתעורר עם דימום מגשר האף.
בקבלתו למיון צלול, יציב המודינמית ונשימתית, מדדים חיוניים, מתלונן על כאבים בצוואר.
בבדיקה גופנית- ראש- סימן חבלה בחלק הפרונטאלי, חתך של כ1 ס"מ בגשר האף, חתך בחלקק הפנימי של השפה העליונה ללא ממצאים חריגים נוספים
באק"ג- קצב סינוס זהה לאק"ג קודם
בבדיקות מעבדה- ללא לוקוציטוזיס, המוגלובין 14.5 שאר מעבדה שקטה
Cא ראש- ללא ממצא מלבד שבר בעצם האף.
נבדק על ידי פנימאי אורתופד, ורופא אא"ג (לעיל).
כעת במצב יציב משוחרר.

מצב המטופל בשחרור ממיון

טוב

תכנית טיפול והמלצות להמשך

* ראה יעוץ אורתופד לעיל.
* ראה יעוץ רופא אא"ג לעיל.
* ראה יעוץ פנימאי לעיל.
* משככי כאבים לפי הצורך
* מעקב רופא מטפל בקהילה
* במקרה החמרה יש לפנות למלר"ד

חופשת מחלה: 7 ימים

סוג ההעברה: משתחרר לביתו
שוחרר בליווי _____

חתימה

רופא: אגבאריה, אחמד
13/11/19 16:05

מספר רשיון:
חתימה:_____

רופא מאשר: דר. דסקל, יעקב
13/11/19 16:05

מספר רשיון: 122247
חתימה:

-- רפואי אישי --

מאוחדת
להיות בריא ולהשאיר בריא

תאריך ראשון: 14/11/2019
תאריך הדפסה: 14/11/2019

ת.ז:	1032400681	שם המבוטח:	מטיס עידו	מין:	זכר	בטוח:	עדיף	ת.לידה:	06/06/1975
		כתובת:	ד.נע מנשה ת.ד 188 משמרות	מיקוד:	37840	טלפון:			054-5818184

מס. טופס
3363005459

אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי:

אינו מסוגל לעבוד - מיום 13/11/2019 עד יום 19/11/2019 סה"כ 7 ימים

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

רופא/מטפל: ד"ר ארון מאור אגבלה רשיון: 23794
המוסד עיסוקו: רפואה פנימית
כתובת: הנחילות 2,מרכז מסחרי פרדס חנה-כ טלפון: 04-6639900

comsign

www.meuhedet.co.il

מאוחדת

תאריך רישום: 03/12/2019
תאריך הדפסה: 03/12/2019

ת.ז:	1032400681	שם המבוטח:	מטיס עידו	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	06/06/1975
כתובת:	ד.נע מנשה ת.ד 188 משמרות			מיקוד:	37840	טלפון:			054-5818184

מס. טופס
3363005558

הפנייה לבדיקות שמיעה

הבדיקה הדחשה: **אוזניים-בדיקת שמיעה - 95.4**

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

תלונות החולה:

- העתק מ-14.11.2019: נבדק במיון אתמול - CT ראש ועמו"ש צוארי ללא ממצא חולני מלבד שבר בעצמות האף.

אחרי בדיקת אורתופדף נימאי ואא"ג שוחרר לביתו
מתלונן על כאבים באזור הפנים, ראש וצלואר + גב עליון
ללא סחרחורת היום
קיבל חיסון נגד טטנוס - היום כאבים ביד באזור הזריקה.
מנוחה בבית שבוע ימים
****

ביום 03.12.2019:לאחר תאונה, שבר באף
לפי אשתו נוחר בלילה, ירדה הנפיחות באף אבל השבר השאיר סטיה של האף שמאלה עם ירידה בנחיר שמאל
מתלונן על ירידה בשמיעה כנראה מהתאונה
שיפור בכאבי הצוואר ושאר הנפיחות בפנים
צריך מעקב אאג עוד חודש לאחר בדיקת שמיעה

אבחנות:

- FRACTURE NOSE CLOSED
- HEAD INJ

רופא/מטפל: ד"ר שמואלי שרון תשיון: 126277
תחום עיסוק: רפואת משפחה
כתובת: הנחילות 2,מרכז מסחרי פרדס חנה-כ טלפון: 04-6639900

www.meuhedet.co.il

Scanned by CamScanner

מאוחדת
לרפואה בריא ולהשאר בריא

-- רפואי אישי --

תאריך רישום: 03/12/2019
תאריך הדפסה: 03/12/2019

04-6991199

ת.ז: 1032400681	שם המבוטח: מטיס עידו	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	06/06/1975
כתובת:	ד.נע מנשה ת.ד 188 משמרות	מיקוד:	37840	טלפון:	054-5818184		

מס. טופס
3363005558

הפנייה לבדיקות שמיעה

הבדיקה הדרושה: **אוזניים-בדיקת שמיעה - 95.4**

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

תלונות החולה:

- העתק מ-14.11.2019: נבדק במיון אתמול - CT ראש ועמו"ש צוארי ללא ממצא חולני מלבד שבר בעצמות האף.

אחרי בדיקת אורתופדף נימאי ואא"ג שוחרר לביתו
מתלונן על כאבים באזור הפנים, ראש וצלואר + גב עליון
ללא סחרחורת היום
קיבל חיסון נגד טטנוס - היום כאבים ביד באזור הזריקה.
מנוחה בבית שבוע ימים
****

ביום 03.12.2019:לאחר תאונה, שבר באף
לפי אשתו נוחר בלילה, ירדה הנפיחות באף אבל השבר השאיר סטיה של האף שמאלה עם ירידה בנחיר שמאל
מתלונן על ירידה בשמיעה כנראה מהתאונה
שיפור בכאבי הצוואר ושאר הנפיחות בפנים
צריך מעקב אאג עוד חודש לאחר בדיקת שמיעה

אבחנות:

- FRACTURE NOSE CLOSED
- HEAD INJ

רופא/מטפל:	ד"ר שמואלי שרון	רשיון:	126277
תחום עיסוק:	רפואת משפחה		
כתובת:	הנחילות 2,מרכז מסחרי פרדס חנה-כ	טלפון:	04-6639900

sign

מאוחדת

- רפואי אישי -

תאריך הזמנה: 02/01/2020
תאריך ביצוע: 02/01/2020

ת.ז. 1032400681 שם המטופל: מיטיס עידו מין: זכר בית: עיר: תאריך: 06/06/1975
כתובת: ד.נע מנשה ת ד 188 השמונה מיקוד: 37840 טלפון: 064-6916154

מס. טופס
3220030115

הבדיקה הנדרשת: מיפאת חזק אל איזן ינדין - **ECG0011**

נלוות החולה:

- בן 44, ליפני כחודש חבלת ראש עם שבר באף, מהחבלה, גם לאחר שצפצופים חלפו מרגיש שלא שומע טוב באוזן ימין, עבר בדיקת שמיעה, שהיתה תקינה
לא חושב שנשימה אפית השתנתה, אף מהחבלה התחיל לנחור.
בנוסף מספר שנים סובל מצרבות וכפעם בחודש מציין אירועים של אוכל שלא עובר בושט, נתקע לכ- 20 דקות ואחר כך הרגשת שחרור, יש לציין שמספר פעמים המטופל גרם והקאה באירועים האלו שלא שחרר מייד את ההרגשה.

בדיקה גופנית:

- אוטוסקופיה תקינה, RINNE חיובי דו צדדי, WEBER מרכזי
FO - חלל האף, מחיצה שבורה וסוטה דו צדדי, לוע אף, ולקולות, היפופרינקס, לרינקס, מיתרי הקול תקינים, ללא ממצא חשוד. סימני רפלוקס 26563253

שאלות לבדיקה:

הוכנה למרפאת קול ובליעה

1700505150

רופא/מטפל: ד"ר אוסטרובסקי דמיטרי רשיון: 33321

חתימה וחותמת הרופא

מחוז עיסוק: אף אוזן וגרון
כתובת: חסן שוקרי 5 חיפה טלפון: 04-8668555

עדי מסיס
0049586, Male
Age:44
Date of birth:06/06/1975

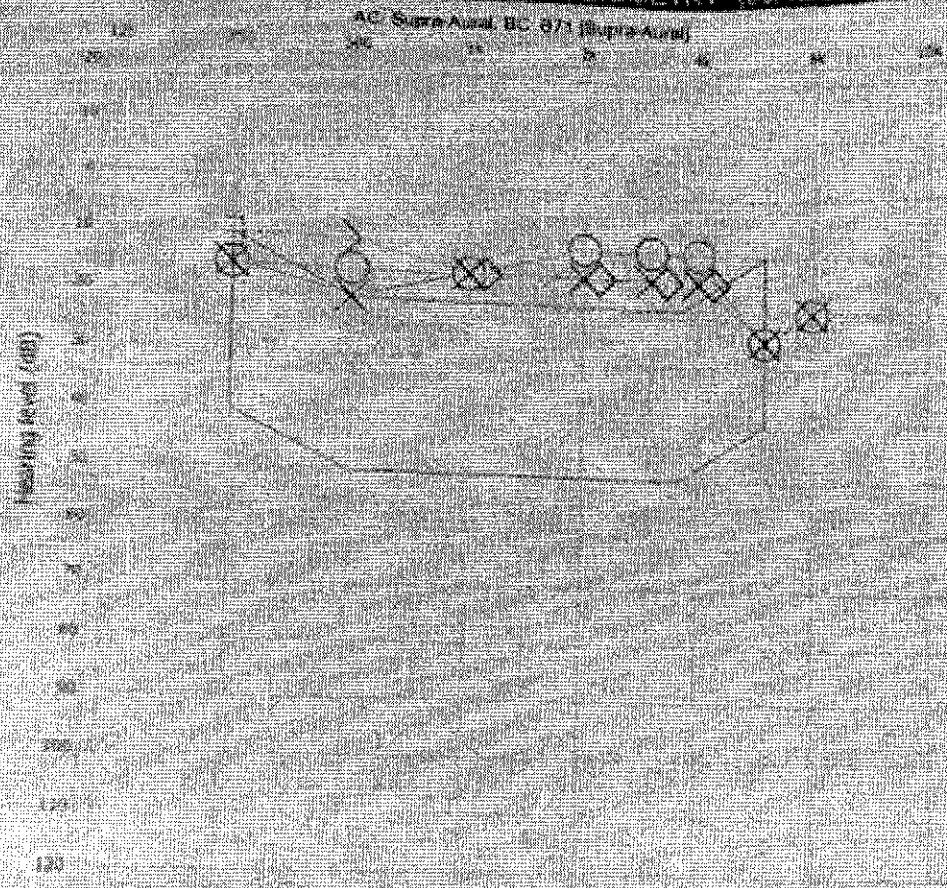
Report Date:10/12/2019
Tester: ABC

Audio Medic
מרכז התקשרות שיטות אוזן בע"מ

Report comments:

עבר תאונה לפני כחודש וחצי. עם פגיעת ראש. שבר בפר מחוטש וחרוך בשמיעה. אוטופון ירד בגלל. טנטון היה וחלף. מדי פעם סחרחורות. CT ראש ללא חמצא חולני. סובל מכאבים באיזור הצוואר. הפסקות של דקות בודדות בנוסף. ללא לקויות שמיעה בהשפחה. ללא הפסקות של דקות או בודדים באחרים. ללא חשיפה לרעש.
תוצאות הבדיקה ליקוי שמיעה מתון SN בתדר 4KHz בדרגה. ולא נמצא שינוי בסיפה הבדיקה. סיפוקומטריה לא נמצאה בגל חסור בעיב אוטוסקופ. והבליה רגשית
המלצה לחשיף בעיר אוזן. כפי מחליך להאזין את הקשבה המאזנות עם פיצוי מקסימלי.

AUDIOMETRY (10/12/2019)



Reliability

PTA (dB HL) / AI (%)	AC	BC	AI
Right	13		96
Left	16	13	96

AC	R							
	L							
BC	R							
	L		60					

Legend

L	R		Masked
		AC	
		BC	
		SF	
		MCL	
		UCL	
		NR	

PTA AC 500, 1k, 2k
BC 500, 1k, 2k

Aud Method:

Speech	SDT		SRT		WRS / SRS 1				WRS / SRS 2			MCL	UCL
	dB HL	[m]	dB HL	[m]	%	dB HL	[m]	S/N	%	dB HL	[m]	S/N	dB HL	dB HL
Right			15		100	50								
Left			15		100	50								
Bin														
Note	1 Live						2 Live							
Aided														
Note	1						2							

Signed by:

נגה גדיש
מרכזת התקשרות
ת.ז. 013231-13

מאוחדת
לקופת חולים לעובדי בריאות

תאריך רישום: 02/02/2020
תאריך הדפסה: 02/02/2020

מס. טופס
3363005749

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ת.ז.	1032400681	שם המבוטח:	מטיס עידו	מין	זכר	ביטוח	עדיף	ת.לידה:	06/06/1975
כתובת:		ד.בע מנשה ת.ד 188 משמרות				מיקוד:	37840	טלפון:	054-5818184

שם המעביד: בינהזולה
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע:
שכיר: ק
רופא מטפל: ד"ר אורנשטיין נתנאל
נמצא בטיפול מיום:
תאריך התאונה: 13/11/2019

האיבר שנפגע: ראש ואף
התנסקות בשעת הפגיעה:
תאור התאונה:
פרטי הטיפולים שנעשו במכון:
צילומי רנטגן שנעשו במכון :

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אי כושר זה הוא , לפי דעתי , תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה , לפי דברי הנפגע הנ"ל ביום : 13/11/2019
דעתי היא , שאי כושר זה ימשך מיום 13/11/2019 עד יום 20/11/2019 סה"כ 8 ימים

רופא/ה מטפל: ד"ר אורנשטיין נתנאל תשיון: 141892
תחום עיסוק: רפואה כללית
כתובת: התחילות 2,מרכז מסחרי פרדס חנה-כ טלפון: 04-6639900

מאוחדת

תאריך רישום: 02/02/2020
תאריך הדפסה: 02/02/2020

מס. טופס
3363005749

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

ת.ז:	1032400681	שם העובדת:	מטיס עידו	מין:	זכר	ביטוח:	עדיף	ת.לידה:	06/06/1975
כתובת:	ד.בע מגשה ת.ד 188 משמרת			מיקוד:	37840	טלפון:			054-5818184

שם המעביד: ביטהולה
טלפון:
כתובת המעביד:

מקצוע :
שכיר : כן
רופא מטפל: ד"ר אורנשטיין נתנאל
נמצא בטיפול מיום:
תאריך התאונה: 13/11/2019

האיבר שנפגע: ראש ואף
התעסקות בשעת הפגיעה:
תאור התאונה:
פרטי הטיפולים שנעשו במכון:
צילומי רנטגן שנעשו במכון :

הוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.
אי כושר זה הוא , לפי דעתי , תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה , לפי דברי הנפגע הנ"ל ביום : 13/11/2019
דעתי היא , שאי כושר זה ימשך מיום 13/11/2019 עד יום 20/11/2019 סה"כ 8 ימים

רופא/מטפל: ד"ר אורנשטיין נתנאל רשיון: 141892
תחום עיסוק: רפואה כללית
כתובת: הנחילות 2,מרכז מסחרי פרדס חנה-כ טלפון: 04-6639900

www.meuhedet.co.il

משרד שרותי רנטגן והדמיה בע"מ
מכון רנטגן משרד פרדס חנה

מס' תיק נבדק: 329135
תאריך: 25/10/2020

מס' בקבוק: 1281721

לכבוד: קופ"ח מאוחדת

ד"ר אורנשטיין נתאל

הנדון: גב/מר מטיס עידו ת"ז 032400681 מין:

תאריך לידה: 06/06/1975

כתובת:

טלפון:

להלן תוצאות הבדיקות אשר בוצעו בתאריך 25/10/2020:

צילום עצם האף

מבנה גרמי תקין.

אין עדות לשבר.

ד"ר מיקוב יולי

מ.ר. 23399

מ.ר.מ 18022

יש להביא בדיקה זו להשואה (בבדיקה דומה בלבד).

המליצה: יולי

טכנאי מבצע: סמאח קבהא

צילום בוצע בסניף: משוב פרדס חנה

מסמך זה הינו חסוי ומכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות , המוסרת שלא כדין עובר עבירה

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

מיכ	ציון	032400641	
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב

הנרדס	17	עפולה		
רחוב	מס'	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: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

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

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

תאריך: 2.1.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 62254

יפוי כח

אני הח"מ, דיר ר.ג.ס,
ת.ז. מסי 032400691, מרחוב נגרס 17, נשרון,
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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומו 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 2 לחודש 1 שנה 2020

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

ביטוח חקלאי
כי בעצם זה שלנו

תעודת ביטוח

10/2010

3210547	3111831827-19	/00	950000
מטיס עידו	32400681		ביטוח חקלאי ס
ת.ד 188 משמרות 3784000			
1/10/2019			30/09/2020

51291301	מיצובישי פג'רו	YV98W	3200	פרטי	9	2018

רק בעל הפוליסה, בעל הרכב, המחזיק ברכב כדין וכל המשתמש ברכב בהיתר מאת מי מהרשאים לנהוג ברכב.

מטרות השימוש ברכב - מטרות חברתיות, פרטיות או מטרות עיסקיות של המבוטח שאינן נכללות בפסקאות (2) עד (4) שבגב הפוליסה.

שים לב - חסירת תשובה שאינה מלאה ונכונה עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות זכות לפיצויים מבעל הפוליסה כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

932 סכום דמי הביטוח

10/09/2019
11:09

שולם
באמצעות בנק מזרחי
סניף 010, חשבון 635825
10/09/2019 11:08

310 ביטוח חקלאי

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

א. גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 35
ב. האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהגת
ג. שנת קבלת הרישיון לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: 2004
ד. מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה,בשלוש השנים האחרונות,של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: ללא תביעות
ה. מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: ללא שלילות
ו. ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות(ESP) - כן

אם הנתונים לעיל שונים מנתוני האמת, יש לעדכן מיידית את סוכן הביטוח/חברת הביטוח בנתונים הנכונים. האמור לעיל מבוסס על תשובות שנתן בעל הפוליסה לשאלות שנשאל בעת עריכת הביטוח. אם ניתנה על ידי בעל הפוליסה תשובה שלא היתה מלאה וכנה בעת שניתנה יפעל המבטח בעת קרות מקרה ביטוח עפ"י הוראת סעיף 9 (ג) לפוליסה לביטוח רכב חובה.

בכבוד רב
ביטוח חקלאי
אגודה שיתופית מרכזית בע"מ

[illegible]

[illegible]

1. MATIS

[illegible]

2. [illegible]

3. [illegible]

4a.12.06.2018

4b.10 8324800681

0681

4b.18.06.2028

5. 8296844

[illegible]

[illegible]

Permissible Categories of Vehicles		Valid until
A2		1997
A1		1997
A		1997
B		1992
C1		
C		

Restrictive Conditions of Use

12	032400681
D	
D1	
D2	
D3	
E	
1	

032400681

13/06/2018/492

לכבוד
עידו מטיס

מספר זהות: 32400681
ח' כסלו תשפ"א
24 נובמבר 2020

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי

1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 13/11/2019) קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 22/11/2020 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

התקופה	הנכות הרפואית
מ-21/11/2019 עד-31/01/2020	20.0 %
מ-01/02/2020 ואילך (נכות קבועה)	5.0 %

2. הטיפול בתביעתך הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה.
בסיום התהליך, ישלח אליך מכתב החלטה בנוגע לזכאותך.

לתשומת לבך

אם אינך מסוגל לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או עסק, הינך רשאי להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקק".

הכרה כ"נכה נזקק" , עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל- 100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים. את התביעה הינך מתבקש להגיש תוך 15 יום מקבלת הודעה זו על טופס שניתן להשיג בסניף מגוריך או באתר האינטרנט.

033-007879 (000672) 1/5 D1 Pb6ebddb85250 J7716241 0/62409 Oriya
24.11.2020 ת.ר

המוסד לביטוח לאומי

נכות מעבודה
תאריך הפגיעה - 13/11/2019

דו"ח ועדה רפואית

עידו מטיס, מספר זהות 32400681

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי חדרה	סניף ראשי חדרה	NV-7987-1700	22/11/2020

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
עידו מטיס	32400681	06/06/1975	זכר	משמרות , משמרות 3784000

טלפון:
054-5818184

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
13/11/2019	• **מעמד תעסוקתי:** שכיר מנהל של חברה **תיאור המקרה:** חבלה חבלה מדלת של הרכב **מהות המקרה:** חבלה בראש ובפנים

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
14/11/2019	20/11/2019	7 ימים

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות

משתתפי הוועדה

פרופסור סרגיו בלומן	נוירולוגיה
ילנה שלומוב	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

033-007881 (000672) 2/5 D1 Pb6ebddb85250 J7716241 0/62409 Oniya
24.11.2020 ת.ר

עידו מטיס, מס' זהות: 32400681 מס' ועדה: NV-7987-1700 תאריך: 22/11/2020

הוועדה עיינה בחוות דעת א.א.גרון ומקבלת את המלצותיו.
לדעת הוועדה המצב סופי .

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
802.0 - שבר סגור בעצמות האף		13/11/2019	קיים קשר סיבתי
959.01 - פציעה אחרת של הראש		13/11/2019	קיים קשר סיבתי
389 - ליקוי שמיעה		13/11/2019	קיים קשר סיבתי

תקנה 15
בחינת תקנה 15 התייתרה

033-007883 (000672) 3/5 D1 Pb6ebddb85250 J77162410/62409 Oniya
ת.ר 24.11.2020

עידו מטיס, מס' זהות: 32400681 מס' ועדה: NV-7987-1700 תאריך: 22/11/2020

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של:פרופסור סרגיו בלומן

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: פרופסור סרגיו בלומן מ"ר 18276

רופא מומחה בנוירולוגיה, מת"מ 11345

הצהרה של מזכיר הוועדה: ילנה שלומוב

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטאלית על-ידי:

שם: ילנה שלומוב

033-007885 (000672) 4/5 D1 Pb6ebddb85250 J77162410/62409 Oniya 24.11.2020 ת.ר

מספר זהות: 32400681
כ"ה תשרי תשפ"א
13 אוקטובר 2020

לכבוד
עידו מטיס

179-038783 (009573) [0] 1/2 D0 Pb6d20613ca8a J94162410/62409 Oniya

13.10.2020 ת.ר

הנדון: הזמנה לבדיקות רפואיות

שלום,

כללי

במסגרת תביעתך לקצבת נפגעי עבודה (תאריך פגיעה 13/11/2019),
נקבע שלצורך גיבוש המלצות הוועדה, עליך לעבור את הבדיקות הרפואיות הבאות:

- צילום עצמות אף עד שני מבטים Xray nasal bones

ספק רפואי: "ממוגרף"מכוני איבחון רפואי חדרה
כתובת: הלל יפה 11, חדרה 3820320

עליך לתאם את מועד הבדיקה ישירות מול הספק הרפואי.

לתשומת לבך

יש להביא לבדיקה:

1. **תעודת זהות או תעודה מזהה אחרת עם תמונה.** ללא תעודה מזהה לא תבוצע בדיקה.
2. **מכתב התחייבות – מצורף למכתב זה.**

מכתב ההתחייבות הוא מסמך המיועד למוסד הרפואי ובו מתחייב הביטוח הלאומי לשלם את עלות הבדיקה.

שינוי המועד שנקבע לבדיקה:

חשוב שהבדיקה תיערך ב
אם אינך יכול להג תך יושלם בהקדם.
046328046 או ב זקס מספר:

132,060 30%

30.9.20 - 24.9.20

3. **הינך זכאי לק**
אם יש לך השג ו מביצוע הבדיקה
על מנת שנוכל

20%

העברת מסמכים ב
אם קיבלת דיסק עב

31.10.20 - 1.10.20

אם ישנם מסמכים ר היום שבו תערך
הוועדה.

10% תאריכ 17/12

162,537

רגיל נסה נקבע אל בעמודת

לשירותך

באתר האינטרנט
www.btl.gov.il

במוקד הטלפוני
6050* או 04-8812345
שעות מענה:
א-ה 8:00-17:00

בסניף ליד ביתך
סניף ראשי חדרה, רחוב הלל יפה 7 חדרה

פקס: 04-6328046

לכבוד
"ממוגרף"מכוני איבחון רפואי חדרה

מספר מזהה: 660999483
כ"ה תשרי תשפ"א
13 אוקטובר 2020

הנדון: התחייבות מספר: 2147446363-

עבור: עידו מטיס ת"ז: 32400681 תאריך הפגיעה 13/11/2019

אנו מתחייבים לממן את הבדיקות המפורטות לפי התעריף שבהסכם המחירים עם הביטוח הלאומי או לפי מחירון משרד הבריאות.

תוקף ההתחייבות עד תאריך: 30/11/2020

קוד אבחנה	שם אבחנה
802.0	Closed fracture of nasal bones

להלן פירוט הבדיקות:

קוד משרד הבריאות	שם הבדיקה	הערות לבדיקה
L0210	צילום עצמות אף עד שני מבטים	
	Xray nasal bones	

תשלום החשבון מותנה בצירוף:

1. תיעוד רפואי / דו"ח טיפולים פיסיקליים
2. פיענוח צילומי רנטגן ובדיקות הדמייה
3. העתק מהתחייבות זו

לפני ביצוע הבדיקה, יש לזהות את הנבדק לפי תעודה מזהה עם תמונה.

לברורים נא לפנות למוקד שירות רפואי: 03-9192662 בין השעות 09:00 – 16:00 בימים א' – ה'.

בברכה,

איילת רחמיאן
מזכירות ועדות רפואיות

179-038785 (009573) [0] 2/2 D0 Pb6d20613ca8a J941624 10/62409 Oniya
ת.ר 13.10.2020

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

~~2.1.20~~ 3.9.2

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב הלל יפה 7א
חדרה 3820310

א.ג.נ.,

הנדון: **עידו מטיס, ת.ז. 032400681**
תאונה מיום 13.11.19

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף מסמכים רפואיים.
2. **לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.**

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

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

נא למלא מספר תעודת זהות 032400681

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

חותמת קבלה

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

תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מ'ס	דוד	032400681

מין	עיסוק	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
☒ זכר ☐ נקבה	☒ שכיר ☐ מתנדב ☐ עצמאי		06 06 1975 (שנה חודש יום)

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
הרדס ת.ד.	17			משמרות	3784000

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0545818184	@

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 ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה 13 11 2019 (שנה חודש יום)

פרטים על הפגיעה רדת יבואר מהרכב לבוץ דריקר רגל נלכדה ואני נפלתי ונחרלתי

נא למלא מספר תעודת זהות 032400691

3 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות	טלפון

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה:

3א פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת
☐ שב"ס ☐ משא"ז
☐ משטרה ☐ אחר

טלפון קווי

טלפון נייד

רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד

מס' פקס _____

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה
☐ כן ☐ לא

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

4 פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☑ כן, פרט שם בית החולים: שע"ל תקופת אשפוז: _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?
☐ לא ☐ כן, פרט _____
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מובטח בקופ"ח מאוחדת

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
	שע"ל	
	תיפוך	

נא למלא מספר תעודת זהות 032400691

5 המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
כאבי ראש וסחרחורות	
ירידה בשמיעה	יבר
כאבים וגבלה בתנועות הצוואר	
קוצר בנשימה, נגיעה בחלל הריאה, נפיחות	תיעוד

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?

☐ לא ☐ כן, פרט: _____

6 חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה יש לי תקשר בריקודים

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת, פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

7 שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8 פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

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

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר _____

שם גורם מייצג או מסייע	כתובת	טלפון
אלי מיכאל מירון	מרכז כלל 7, רמ	03-7412357

תאריך תחילת התקשרות: 2.1.20

נא למלא מספר תעודת זהות 032400691

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

		ארז מלכה

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזרחי	כפר סבא	647	533521

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 1.9.20 חתימת מקבל הגמלה ✗ _____ חתימת השותפים לחשבון ✗ _____

11 הצהרה

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 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

☐ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**

תאריך 1.9.20 חתימת התובע ✗ _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

_____

נא למלא מספר תעודת זהות 032400691

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון		תאריך הפגיעה
11	032400691		13.11.2019 (שנה חודש יום)
שם משפחה		שם פרטי	
רגים		ירון	

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☑ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 7.9.20 חתימת המבוטח ✗ _____

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

3.2.20

מ.ל.ב

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב הלל יפה 7א
חדרה 3820310

נשלח בפקס ובדואר

א.ג.נ.,

הנדון: **עידו מטיס, ת.ז. 032400681**
תאונה מיום 13.11.19

1. בהמשך לתביעה להכרה בתאונה ולתשלום דמי פגיעה, מתכבד הח"מ לצרף תעודות רפואיות ראשונות לנפגע בעבודה.

2. **לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.**

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 03/02/2020 10:37
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE,TIME	03/02 10:35
FAX NO./NAME	046328003
DURATION	00:01:48
PAGE(S)	03
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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

3.2.20

מ.ל.ב

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב הלל יפה 7א
חדרה 3820310

א.ג.נ.,

הנדון: **עידן מטיס, ת.ז. 032400681**
תאונה מיום 13.11.19

1. בהמשך לתביעה להכרה בתאונה ולתשלום דמי פגיעה, מתכבד החיים לצרף תעודות רפואיות ראשונות לנפגע בעבודה.

2. **לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.**

בכבוד רב ובתודה,

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

29.10.20

נשלח מראש

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב הלל יפה 7א
חדרה 3820310

א.ג.נ.,

הנדון: **עידו מטיס, ת.ז. 032400681**
תאונה מיום 13.11.19

1. בהמשך לדרישתכם מצ"ב תוצאות בדיקת הדמיה שביצע מרשי.
2. אודה לעיונכם ולזימונו של מרשי לועדה רפואית.
3. **לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.**

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

נספח 2

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה הרפואית:

- מהו סעיף ליקוי?

בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.

- מה הכוונה "דומה לסעיף ליקוי או סעיף דומה"?

כאשר הליקוי שנקבע לך אינו מופיע ברשימת הליקויים הרפואיים, הועדה הרפואית מאתרת מתוך הרשימה ליקוי שתואם או דומה לליקוי שלך.

033-007887 (000672) 5/5 D1 Pb6ebddb85250 J7716241 0/62409 Oniya 24.11.2020 ת.ר

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

לכבוד
מטיס עידו
הפרדס 17
משמרות 3784000

מקור

עוסק מורשה:	066630930
תאריך:	13/12/2020
מספר תיק:	12/1
שם תיק:	עידו מטיס נ' המל"ל
מספר לקוח:	12
שם לקוח:	מטיס עידו
מזהה לקוח:	032400681
תאריך הדפסה:	13/12/2020

חשבונית-מס/קבלה 870 Tax Invoice/Receipt

	חייב במע"מ Taxable	פטור מע"מ Exempted	
Fees	1,694.02	0.00	שכר טרחה
Expenses	0.00	0.00	הוצאות
Miscellaneous	0.00	0.00	שונות
Sub Total	1,694.02	0.00	סיכום
V.A.Tax 17%	287.98	מס ערך מוסף 17%	
V.A.T exempted	0.00	סכום פטור ממע"מ	
Total + V.A.T.	₪ 1,982.00	סה"כ (כולל מע"מ)	

הסכום במילים:
אלף תשע מאות שמונים ושניים שקלים חדשים בלבד.

פרטי התשלום: Payment details:

תאריך Date	סוג Type	מס' No.	בנק Bank	סניף Branch	חשבון Account	סכום Amount
13/12/2020	העברה		20	647	000533521	₪1,982.00

הופקד לחשבון בנק: 135082 - חשבון עסקייעוץ משפטי מל"ל
ייעוץ משפטי מל"ל

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

2.1.20

נסלח

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב הלל יפה 7א
חדרה 3820310

א.ג.נ.,

הנדון: **עידו מטיס, ת.ז. 032400681**
תאונה מיום 13.11.19

1. מרשי שבנדון נפגע בתאונה ביום 13.11.19

2. מצ"ב טפס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

3. **לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.**

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

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

נא ציין את מספר תעודת זהות 032400681 ותאריך הפגיעה 13.11.19 עמוד 1 מתוך 10

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון
	סוג המסמך: 01
	רפים

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונת בעבודה ☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב

☐ מחלת מקצוע, פרט _____ ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב
מלכה	יוסף	013241016 8 1

מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה	תאריך עלייה
5141819317	06.06.1957 (שנה חודש יום)	— (שנה חודש יום)

מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה ☒ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ ידוע/ה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
הכרם	18			משמרת	3789400

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0545121141	yosi.malka@gmail.com

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 ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

נא ציין את מספר תעודת זהות 032400681 ותאריך הפגיעה 13/11/2019

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

שכיר/מתמר/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
תדירת בה נפגע	מנהל	0525130152

רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
שלום	6	נרדה-תנר		0525130152

		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/ הייתי אמור/ה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי

רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס ☐ משא"ז

☐ משטרה ☐ אחר

רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	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.

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
13/11/2019 (שנה חודש יום)	רביעי	[illegible]		

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ בדרך לעבודה פרץ אשלוש הנקמ-ח"ש כרמל
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך _____
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול הדרך לעבודה או לביתך או ליעד אחר ירדתי מאשלוש בדרך לעבוד [illegible]
[illegible] בכרמל

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט בדרך מאשלוש, [illegible]
[illegible] בגלל בגלל [illegible] ופגעתי [illegible] בגלל [illegible]
[illegible] בגלל [illegible] ונפגעתי [illegible] בראש

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	
			☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
			☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
13/11/2019 (שנה חודש יום)	[illegible] אשלוש	שרד	0525[illegible]

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

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	מהות הקבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי)
13/11/2019 (שנה חודש יום) שעה	[illegible]	[illegible]

תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
—	עיון הלל יפה חדרה

קופת חולים שבה אתה חבר

☐ כללית ☐ לאומית
☐ מכבי ☒ מאוחדת
☐ אחר _____

האם סבלת בעבר ממחלות או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן.
פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה מופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

5 מידע בהגשת התביעה

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

הגוף המסייע: ☒ ש"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6 פרטים על תאונת דרכים

1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☒ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	טיפלה בתאונה תחנת משטרה ב-	מספר תיק במשטרה
2	האם נפגעת בהיותך:	☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☒ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)	3 8 2 9 8 3 0 1
3	סוג הרכב המעורב בתאונה:	☒ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מרשכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב	מספר רישוי
4	הרכב בבעלות:	☒ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר ____	

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____

5	פרטי הנהג	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
	נוסעים נוספים ברכב:	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
		שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב

6	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה

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

תביעה נגד _____ שם הע"ד המטפל _____

כתובתו _____

טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____

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

7 פרטים 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 המטפל _____

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 גם תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל**

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה מתאריך 19/11/2019 (שנה חודש יום) עד תאריך 19/11/2019 (שנה חודש יום)

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי מתאריך (שנה חודש יום) עד תאריך (שנה חודש יום) משעה _____ עד שעה _____

מתאריך (שנה חודש יום) עד תאריך (שנה חודש יום) משעה _____ עד שעה _____

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 22/11/2019 ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה: _____ אך שוב יוכלה בא ידוע לעולמי

☐ עבודה במשמרות

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 שבוצעה 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 * _____

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שמפרט בראשם מטה:

שמות בעל החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לאומי	כפר סבא	647	533571
	כפר סבא		

להבר קיבוץ או משב 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 משכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי **הצהרתי לעיל** ושהבנק הנ"ל ו/או שבד 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 28/11/2019 חתימת מקבל התשלום * _____

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

12 הצהרת המתבע/מגיש התביעה

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 ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לענין, 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 יחול 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 21.11.19 חתימת המתבע ✖

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לנפגע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוטרופסות, 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 032420681 ותאריך הפגיעה 13/11/19

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

13 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ **הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה**

מקום הפגיעה: רחוב דרך שאול פרקינסון כרכור שעת הפגיעה 7:00

המקום שבו היה על התובע לעבור או שבו עבר התובע ביום הפגיעה: רחוב הדגר 10 פרקינסון כרכור

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לגבולי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: אפל שאולה, שאולה

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 שעתיד לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
מנהל	בדרך לעבודה		
שעת היציאה		שעת החזרה הצפויה	

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☒ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 8:00 איזו משמרת? — הכתובת שבה היה אמור לעבוד? רחוב הדגר 10 פרקינסון כרכור

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

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

14 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
בינצלאל כרמל	912/5211/9216/3

תאריך תחילת עבודה: 13/04/2014 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-% 100 מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ 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, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא: יומי	חודשי	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו: סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				

☐ העובד שב לעבודה בתאריך 09/11/2019 ☐ 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: יוזמת המעסיק~~ _____

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

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

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

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 דמי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____
(שם הקרן)

16 הצהרת המעסיק

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 העסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ✱ _____

בינהון לח בע"מ
ח.פ. 513355488

17 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה נעדר 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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ✱ _____
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 032400691 ותאריך הפגיעה 13.11.19

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעות בעבודה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	032400691	13 11 2019 (שנה חודש יום)

שם משפחה	שם פרטי
[illegible]	[illegible]

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☑ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

2 הצהרה

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/אודיולוגי.

תאריך 29/11/19 חתימת המבוטח ✗ _____

תיק ניכויים	
ב.ל	925219263
מ.ה	925219263
מספר תאגיד - 513359448	

תלוש משכורת לחודש 7/2019

כתובת: ת.ד.188 , מצובה 3784000

מחלקה : עובדים

שם החברה
בינהזולה בע"מ
שלום 16, פרדס חנה - כרכור

מס' עובד	מחלקה	שם עובד		תעודת זהות	תת מחלקה	דרוג	דרגה	ותק	תחילת עבודה
440	2	מטיס	עידו	032400681				י ח ש 19 3 5	13/04/14

תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף	חשבון
7,130.00	329.03	39.18	23/23 משולמים/בפועל	191			משולם לעובד

תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	1.00	7,130.00			7,130.00
בונוס	1.00	17,193.00			17,193.00
אחזקת רכב	1.00	4,123.00			4,123.00

פיצויים חודשי	2,031.00
פיצויים פטור	2,031.00
פיצויים ותיקה	0.00
שכר לפיצויים	24,378.00
קופ"ג מעביד-חודשי	1,828.00
שכר לקופ"ג	24,378.00
קה"ל מעביד-חודשי	1,178.00
שכר לקה"ל	15,712.00

מצב משפחתי	בן זוג עובד	נ. זיכוי	אחוז משרה
נ	כ	9.75	

מס שולי	% מס קבוע	זיכוי אישי
50.00		2,126

זיכוי נוסף	זיכוי גמל	זיכוי משמרות
	215	

פטור חודשי	פטור ס '47	הנחת ישובי פיתוח

תאום מס	שכר לתאום	מ.ה. לתאום
ל		

חייב מ.ה.	28,446.00
חייב ב.ל.	28,446.00
סה"כ תשלומים	28,446.00
סה"כ ניכויים	6,759.00
שכר נטו	21.687.00
נטו לתשלום	21,687.00

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 ימי תקן 21.67

אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12 שעות תקן 182.00

ניכויי חובה	הסכום
מס הכנסה	2,013.00
ביטוח לאומי	1,585.00
דמי בריאות	1,305.00
- כלל חברה לביטוח	1,463.00
ילין לפידות	393.00
סה"כ	6,759.00

ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
סה"כ			

הערות:

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה
חופש	7.5	0.5	8.5
הבראה	1.75	0	2.33
מחלה	21.82	0	23.11

חודשי עבודה
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
כ כ כ כ כ כ

חופש חודשי : 1.5
הבראה חודשי: 0.58

נתונים מצטברים

תשלומים	421,622	ניכוי ס '47		דמי חבר/טיפול	
שכר שווה כסף	300	ניכוי אישי	14,879	חייב ב.ל.	411,470
חייב מ.ה.	421,922	זיכוי נוסף		קופ"ג מעביד	12,796.00
מס הכנסה	125,489	זיכוי גמל	1,509	קה"ל מעביד	8,246.00
ביטוח לאומי	45,711	זיכוי משמרות		פיצויים מעסיק	14,217.00
גמל 35%	10,241	פטור	0		
ק. השתלמות	2,751	פטור ס '47	0		

בוצע ע"י : ידידוביץ ושות

בתאריך 02/08/2019

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תלוש משכורת לחודש 8/2019

כתובת: ת.ד.188 , מצובה 3784000
מחלקה : עובדים

שם החברה
בינהזולה בע"מ
שלום 16, פרדס חנה - כרכור

תיק ניכויים
ב.ל 925219263
מ.ה 925219263
מספר תאגיד - 513359448

מס' עובד	מחלקה	שם עובד		תעודת זהות	תת מחלקה	דרוג	דרגה	ותק	תחילת עבודה
440	2	מטיס	עידו	032400681				י ח ש 19 4 5	13/04/14

תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף	חשבון
7,130.00	329.03	39.18	13/21 משולמים/בפועל	106			משולם לעובד

תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	1.00	7,130.00			7,130.00
בונוס	1.00	17,193.00			17,193.00
אחזקת רכב	1.00	4,123.00			4,123.00

פיצויים חודשי	2,031.00
פיצויים פטור	2,031.00
פיצויים ותיקה	0.00
שכר לפיצויים	24,378.00
קופ"ג מעביד-חודשי	1,828.00
שכר לקופ"ג	24,378.00
קה"ל מעביד-חודשי	1,178.00
שכר לקה"ל	15,712.00

מצב משפחתי	בן זוג עובד	נ. זיכוי	אחוז משרה
נ	כ	9.75	

מס שולי	% מס קבוע	זיכוי אישי
50.00		2,125

זיכוי נוסף	זיכוי גמל	זיכוי משמרות
	216	

פטור חודשי	פטור ס '47	הנחת ישובי פיתוח

תאום מס	שכר לתאום	מ.ה. לתאום
ל		

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 ימי תקן 21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12 שעות תקן 182.00

ניכויי חובה	הסכום
מס הכנסה	2,013.00
ביטוח לאומי	1,585.00
דמי בריאות	1,305.00
- כלל חברה לביטוח	1,463.00
ילין לפידות	393.00
סה"כ	6,759.00

ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
סה"כ			

חייב מ.ה.	28,446.00
חייב ב.ל.	28,446.00
סה"כ תשלומים	28,446.00
סה"כ ניכויים	6,759.00
שכר נטו	21,687.00
נטו לתשלום	21,687.00

הערות:

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה
חופש	8.5	6.5	3.5
הבראה	2.33	0	2.91
מחלה	23.11	2	22.4

חודשי עבודה
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ

חופש חודשי : 1.5
הבראה חודשי: 0.58

נתונים מצטברים

תשלומים	450,068	ניכוי ס '47		דמי הבר/טיפול			
שכר שווה כסף	300	זיכוי אישי	17,004	חייב ב.ל.	439,916		
חייב מ.ה.	450,368	זיכוי נוסף		קופ"ג מעביד	14,624.00		
מס הכנסה	127,502	זיכוי גמל	1,725	קה"ל מעביד	9,424.00		
ביטוח לאומי	48,601	זיכוי משמרות		פיצויים מעסיק	16,248.00		
גמל 35%	11,704	פטור	0				
ק. השתלמות	3,144	פטור ס '47	0				

בוצע ע"י: ידידוביץ ושות

בתאריך 08/09/2019

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תלוש משכורת לחודש 9/2019

כתובת: ת.ד.188 , מצובה 3784000
מחלקה : עובדים

שם החברה
בינהזולה בע"מ
שלום 16, פרדס חנה - כרכור

תיק ניכויים
ב.ל 925219263
מ.ה 925219263
מספר תאגיד - 513359448

מס' עובד	מחלקה	שם עובד		תעודת זהות	תת מחלקה	דרוג	דרגה	ותק	תחילת עבודה
440	2	מטיס	עידו	032400681				18 5 5	13/04/14

תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף	חשבון
7,130.00	329.03	39.18	13/22 משולמים/בפועל	110.5			משולם לעובד

תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	1.00	7,130.00			7,130.00
בונוס	1.00	17,193.00			17,193.00
אחזקת רכב	1.00	4,123.00			4,123.00

פיצויים חודשי	2,031.00
פיצויים פטור	2,031.00
פיצויים ותיקה	0.00
שכר לפיצויים	24,378.00
קופ"ג מעביד-חודשי	1,828.00
שכר לקופ"ג	24,378.00
קה"ל מעביד-חודשי	1,178.00
שכר לקה"ל	15,712.00

מצב משפחתי	בן זוג עובד	נ. זיכוי	אחוז משרה
נ	כ	9.75	

מס שולי	% מס קבוע	זיכוי אישי
47.00		2,126

זיכוי נוסף	זיכוי גמל	זיכוי משמרות
	215	

פטור חודשי	פטור ס "47	הנחת ישובי פיתוח

תאום מס	שכר לתאום	מ.ה. לתאום
ל		

חייב מ.ה.	28,446.00
חייב ב.ל.	28,446.00
סה"כ תשלומים	28,446.00
סה"כ ניכויים	7,009.00
שכר נטו	21.437.00
נטו לתשלום	21,437.00

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 ימי תקן 21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12 שעות תקן 182.00

ניכויי חובה	הסכום
מס הכנסה	2,263.00
ביטוח לאומי	1,585.00
דמי בריאות	1,305.00
- כלל חברה לביטוח	1,463.00
ילין לפידות	393.00
סה"כ	7,009.00

ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
סה"כ			

הערות:

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה
חופש	3.5	7	-2
הבראה	2.91	0	3.5
מחלה	22.4	2	21.68

חודשי עבודה
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ

חופש חודשי : 1.5
הבראה חודשי: 0.58

נתונים מצטברים

תשלומים	478,514	ניכוי ס "47		דמי חבר/טיפול			
שכר שווה כסף	300	זיכוי אישי	19,130	חייב ב.ל.	468,362		
חייב מ.ה.	478,814	זיכוי נוסף		קופ"ג מעביד	16,452.00		
מס הכנסה	129,765	זיכוי גמל	1,940	קה"ל מעביד	10,602.00		
ביטוח לאומי	51,491	זיכוי משמרות		פיצויים מעסיק	18,279.00		
גמל 35%	13,167	פטור	0				
ק. השתלמות	3,537	פטור ס "47	0				

בתאריך 07/10/2019

בוצע ע"י : ידידוביץ ושות

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תלוש משכורת לחודש 10/2019

כתובת: ת.ד.188 , מצובה 3784000
מחלקה : עובדים

שם החברה
בינהזולה בע"מ
שלום 16, פרדס חנה - כרכור

תיק ניכויים
ב.ל 925219263
מ.ה 925219263
מספר תאגיד - 513359448

מס' עובד	מחלקה	שם עובד		תעודת זהות	תת מחלקה	דרוג	דרגה	ותק	תחילת עבודה
440	2	מטיס	עידו	032400681				ש ח י 19 6 5	13/04/14

תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סניף	חשבון
7,130.00	329.03	39.18	23/23 משולמים/בפועל	195.5			משולם לעובד

תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	1.00	7,130.00			7,130.00
בונוס	1.00	17,193.00			17,193.00
אחזקת רכב	1.00	4,123.00			4,123.00

פיצויים חודשי	2,031.00
פיצויים פטור	2,031.00
פיצויים ותיקה	0.00
שכר לפיצויים	24,378.00
קופ"ג מעביד-חודשי	1,828.00
שכר לקופ"ג	24,378.00
קה"ל מעביד-חודשי	1,178.00
שכר לקה"ל	15,712.00

מצב משפחתי	בן זוג עובד	נ. זיכוי	אחוז משרה
נ	כ	9.75	

מס שולי	% מס קבוע	זיכוי אישי
47.00		2,125

זיכוי נוסף	זיכוי גמל	זיכוי משמרות
	216	

פטור חודשי	פטור ס '47	הנחת ישובי פיתוח

תאום מס	שכר לתאום	מ.ה. לתאום
ל		

חייב מ.ה.	28,446.00
חייב ב.ל.	28,446.00
סה"כ תשלומים	28,446.00
סה"כ ניכויים	7,529.00
שכר נטו	20,917.00
נטו לתשלום	20,917.00

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש : 5300 ימי תקן 21.67
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה : 29.12 שעות תקן 182.00

ניכויי חובה	הסכום
מס הכנסה	2,783.00
ביטוח לאומי	1,585.00
דמי בריאות	1,305.00
- כלל חברה לביטוח	1,463.00
ילין לפידות	393.00
סה"כ	7,529.00

ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
סה"כ			

הערות:

ניהול העדרויות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה
חופש	-2	0	-0.5
הבראה	3.5	0	4.08
מחלה	21.68	0	22.97

חודשי עבודה
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ כ

חופש חודשי : 1.5
הבראה חודשי: 0.58

נתונים מצטברים

תשלומים	506,960	ניכוי ס '47		דמי חבר/טיפול			
שכר שווה כסף	300	זיכוי אישי	21,255	חייב ב.ל.	496,808		
חייב מ.ה.	507,260	זיכוי נוסף		קופ"ג מעביד	18,280.00		
מס הכנסה	132,548	זיכוי גמל	2,156	קה"ל מעביד	11,780.00		
ביטוח לאומי	54,381	זיכוי משמרות		פיצויים מעסיק	20,310.00		
גמל 35%	14,630	פטור	0				
ק. השתלמות	3,930	פטור ס '47	0				

בוצע ע"י: ידידוביץ ושות

בתאריך 06/11/2019

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 02/01/2020 19:24
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE,TIME	02/01 19:05
FAX NO./NAME	046328003
DURATION	00:19:04
PAGE(S)	26
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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

2.1.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב הלל יפה 7א
חדרה 3820310

א.ג.נ.,

הנדון: **עידו מטיס, ת.ז. 032400681**
תאונה מיום 13.11.19

1. מרשי שבנדון נפגע בתאונה ביום 13.11.19

2. מצ"ב טפס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

3. **לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.**

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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

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

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה 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, יש לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (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.
- מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

לידיעתך

- על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200 .
- עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך **לפני** שתוזמן לוועדה רפואית.
- **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מקצוע). לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת** www.btl.gov.il
- **באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.**

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- עליך לצרף אישורים נוספים על פי המדרש בטופס התביעה.
- **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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il..
- אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 12 במקום המסומן ב- X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה
- עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 13 עד 16 ולחתום בסעיף 16 .
- תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נא ציין את מספר תעודת זהות 032400681 ותאריך הפגיעה 13.11.19

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון
		סוג המסמך: 01 — דפים

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב

☐ מחלת מקצוע, פרט _____ ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב
מלכ	יגאל	037400681

מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה (יום חודש שנה)	תאריך עלייה (יום חודש שנה)
5141913	06061975	—

מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה ☒ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ ידוע/ה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
הגרדם	188	17		משמרות	3786500

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0545181184	eldad.matis@gmail.com

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 ס"ב

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

נא ציין את מספר תעודת זהות 032400681 **ותאריך הפגיעה** 13/11/2019

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	טלפון קווי
תורת בינלאומי	מנכ"ל	0775300595

רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
שלום		נורדה-הגר		0775300596

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 אמור/ה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי

רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס ☐ משא"ז

☐ משטרה ☐ אחר

רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	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.

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
13/11/2019 (שנה חודש יום)	רב"ט	[illegible]		

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ בדרך לעבודה פרק שמרות פקס-חשמ כיכר (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך _____ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר ירדתי משלרות, וזז לכיוון אל דרך [illegible] ליד [illegible] לקחתי אל כיכר.

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט בדרך לעבודה, שמאלי רגל ב[illegible] כיוון הבלבלים ירדתי בסמוך לעבודה וסתרתי את קלת הנהג רגלי ונפגעה בין העבודה לבלת ונפלתי על הרגל.

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

שם	כתובת	מספר טלפון	
			☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	
			☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
13/11/2019 (שנה חודש יום)	מיכל מושונוב	מנהלת שרה	052-3300595

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)
פנים, רגל, יד שמאל, קרע, חבלות, חתכים, שברים, דפקים וסחיטות		מיון הלל יפה חדרה.

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים/מחלקה
13/11/2019 (שנה חודש יום) שעה	—	מיון הלל יפה חדרה

קופת חולים שבה אתה חבר

☐ כללית ☐ לאומית

☐ מכבי ☒ מאוחדת

☐ אחר _____

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

5 סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן,

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

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6 פרטים על תאונת דרכים

1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☒ לא ☐ כן, **(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)**	טיפלה בתאונה תחנת משטרה ב-	מספר התיק במשטרה
2	האם נפגעת בהיותך: ☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☒ נהג ברכב **(נא לצרף צילום תעודת ביטוח)**		
3	**סוג הרכב המעורב בתאונה:** ☒ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר , פרט _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב	מספר רישוי 5829131	
4	**הרכב בבעלות:** ☒ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר _____		

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____

5	**פרטי הנהג**	שם ומשפחה ליבו אלי	מספר זהות / דרכון ס"ב 032400681
	נוסעים נוספים ברכב:	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
		שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב

6	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	שם חברת הביטוח הראל	מס' פוליסה 311183827

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

7 פרטים 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 המטפל _____

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

מתאריך			עד תאריך		
13	11	2019	20	11	2019
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

מתאריך			עד תאריך			משעה	עד שעה
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה		

מתאריך			עד תאריך			משעה	עד שעה
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה		

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 22/11/2019 ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה 8:00 עד שעה: 18:00 אך אני יוצא בה יום לבדוק

☐ עבודה במשמרות

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 ✗ _____

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לאומי	כפר סבא	647	533521
	כפר סבא		

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 26/11/2019 חתימת מקבל התשלום ✗ _____

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

12 הצהרת התובע/מגיש התביעה

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 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 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 27.11.19 חתימת התובע ✗

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוטרופסות, 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 032400681 **ותאריך הפגיעה** 13/11/2019

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

13 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ **הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה**

מקום הפגיעה: רחוב דרך ישראל פרנקפורט דרכור שעת הפגיעה 7:00

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: רחוב קדמה 19 פרנקפורט דרכור

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: מפעל ומחוצה לו, משלוח

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
מנהל	בדרך למפעל		
שעת היציאה		שעת החזרה הצפויה	

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ **פגיעה בדרך לעבודה:**

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 8:00 איזו משמרת? — הכתובת שבה היה אמור לעבוד? קדמה 19 פרנקפורט

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

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

14 פרטי 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 היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ 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 יומי	העובד הוא חודשי	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו: סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

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

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן

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

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

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

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

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)

16 הצהרת המעסיק

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_____ תפקיד החותם_____ שם החותם_____ חתימה וחותמת ✘_____

17 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ 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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ✘_____

(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	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	032400681	13 11 2019 (יום חודש שנה)

שם משפחה	שם פרטי
מס	ירון

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☑ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

2 הצהרה

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 אודותיי.

תאריך 28.11.19 חתימת המבוטח ✖ _____

Gmail

Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

שליחת מסמכים למחלקת הגמלאות בביטוח לאומי

1 message

ביטוח לאומי <btl@nioi.gov.il>
To: frei.ariel@gmail.com

Thu, Jan 9, 2020 at 1:10 PM

המוסד לביטוח לאומי

אישור על שליחת מסמכים בנושא ועדות רפואיות-נפגעי עבודה/מס הכנסה לסניף חדרה

מספר מזהה: 18992273

לכבוד

מטיס עידו

שלום רב,

הרינו לאשר קבלת המסמכים שנשלחו על ידך בתאריך: 09/01/2020.

להלן פרטי המסמכים שנשלחו על ידך לסניף חדרה :

שם המסמך	תאור המסמך
מסמכים נוספים.pdf	אישורים רפואיים

אנו מודים לך על ביצוע פעולה זו באמצעות אתר המוסד לביטוח לאומי,

ומקווים כי מצאת את השירות יעיל ונוח.

בכבוד רב,

המוסד לביטוח לאומי

לתשומת לבך, בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד לביטוח לאומי ו/או בתיקו של המבוטח,

הרישומים שבידי המוסד לביטוח לאומי קובעים. טלפון לבירורים - בימים א' עד ה' בין השעות 08:00 עד 17:00 048812245, 6050*

BLeumi_20200109131034_32400681_DocumentsGimlaot.htm
17K

תאריך קבלת הטופס בקופה		
יום	חודש	שנה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

- **מעסיק 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 בל/211 הקיים באתר האינטרנט".**

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
כיבוי אש	925219263	0777530059 5

רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס
שלום	16	פרדסיה יבנה	3713395	0777530059 6

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית ל: ☐ עובד ☐ מתנדב ☐ שובר זר ☐ אחר ___

2 פרטי הנתובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון ס"ב
מיכאלי	מיכאל	☒ זכר ☐ נקבה	032410068 1

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
שמרא	188			שמרא	3784000

טלפון קווי	טלפון נייד
	0547581184

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני). במקום דואר רגיל

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך 13/1/2019 (שנה חודש יום) בשעה 07:00 כאשר עבד ב בדרך לעבודה (סוג העבודה)

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

כתובת מקום התאונה
רח' דרך שמרון פרק תעש פרדס

תיאור התאונה בדרך לעבודה שמאלי הול שבון הנלים אדרה כיסאזר לעדרה ונמאי אל מלא הגלי רכלי נלעבד פרום שבין הנדרנלי לנלמי אל הטיל.

האיבר שנפגע
הרגל פנים, אף שברים ופצעים

שם המאשר ותפקידו מיכאל מיכאל מנהל **תאריך** 13/1/2019 **חתימה וחותמת המעסיק**

חתימה

ח.פ. 513359048

4 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

מעסיק נכבד

- עובד שנפגע בעבודתו (גם אם הפגיעה אירעה בדרכו הישירה לעבודה וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי.
- כדי לקבל טיפול זה עליך, כמעביד, לציידו בטופס המצורף. הטופס צריך להחתם על ידי המעביד או בא כוחו המוסמך, ויימסר רק לעובדים שנפגעו בעבודה. אין למסור טופס זה במקרים של מחלה רגילה או לאנשים שאינם עובדים במפעלך.

מסירת טופס שלא כדין תחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.

- עליך למלא בדייקנות את כל הפרטים שבטופס ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של מספר הזהות של העובד, מספר תיק מעסיק, תאריך ושעת התאונה ושם קופת החולים בה הוא חבר.
- מצויד בטופס יפנה הנפגע לשם קבלת הטיפול הרפואי לקופת חולים בה הינו חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).
- רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר להפנות את הנפגע לחדר מיון או לרופא הקרוב. המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק על ידי השירות הרפואי אשר יחזיר לנפגע את הוצאותיו בעד הטיפול הראשון.

  אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן על ידי שירות רפואי לא מוסמך.
- לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי.
- טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בתאונה כפגיעה בעבודה, ההחלטה אם התאונה הינה תאונת עבודה היא בידי המוסד לביטוח לאומי.

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון:	
סוג המסמך: דפים	

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ביטוחים	טלפון קווי
ב.ק.ל	925219263	0775300519

רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס
שלום	16	פרדס חנה כרכור	3713395	0775300596

2 פרטי הנפגע

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____

נא להגיש עזרה רפואית ל: שם משפחה: מגס שם פרטי: איה

☒ עובד ☐ מובטל ☐ עובד זר

מין: ☒ זכר ☐ נקבה

תאריך לידה: 06/06/19 (יום / חודש / שנה)

מספר זהות / דרכון: 032406081 (ס"ב)

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
משמרת ת.ד	188			משמרת	3784000

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
0	0545818184	ido@binazola.com

☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
משמרת ת.ד	188			משמרת	3784000

נפגע בתאריך 13/11/2019 בשעה 7:00 כאשר עבד ב מגל התמרה בדרכו למקום העבודה
סוג העבודה

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

כתובת מקום התאונה: רחוב דרך משמרת כרכור

תאור התאונה: הפלה ונפל ונחבל בראשו בפנים - מצוי אל שינו

האיבר שנפגע: ראש, פנים, מצוי אל שינ

שם המאשר: עדי מגס תפקידו: מנהל הנהלה חתימה וחותמת המפעל: כאלא ✕ _____

3 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 וגברים כאחד

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

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (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 ההוראות 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 החי"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:

X

הלקוח

עורך דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה : (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

_____	_____	_____	_____
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב

_____	_____	_____	_____	_____
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, 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 : _____ סניף : _____ מס' חבר : _____ שם המוסד : _____

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

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

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

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

יפוי כח

אני הח"מ, _____,
ת.ז. מס' _____, מרחוב _____,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומו 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.

<u>ולראיה באתי על החתום</u>

היום _____ לחודש _____ שנה _____

חתימה: _____X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

_____

עורך-דין

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: _____

X_____

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 שהזהרתיו/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