

סניף מור בני ברק היחידה לאלקטרומוגרפיה

טל: 03 - 5772555

E.M.G. - תוצאות בדיקת אלקטרומוגרפיה

שם נבדק/ת: חזן, שרון
כתובת: אור יהודה, טופז
תאריך בדיקה: 16/12/2021
בדיקה קודמת: לא

ת.ז.: 024847832
טלפון: 054 - 6120701
גורם מפנה: דן-פתח תקוה

גיל: 51/9
054 - 6120701
רופא מפנה/מטפל: ד"ר אסא זיו
שם מדפיסה: דגנית טליה.

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
4.5	4.7	26.0	21.0			54.0	57.0	4.2	4.6	3.0	2.7	מדיאנוס Median
3.9	5.3	17.0	37.0							2.5	2.0	אולנאריס Ulnaris
						53.0	55.0	2.8	3.5			מתחת למרפק
						39.0	51.0	2.7	3.6			מעל המרפק

בדיקת שרירים

צורת פוטנציאלים		גיוס		פעולה ספונטנית		שריר	שורש
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין		
תקין	תקין	מלא	מלא	אין	אין	Deltoid	C5-C6
תקין	תקין	מלא	מלא	אין	אין	Brachioradialis	C5-C6
תקין	תקין	מלא	מלא	אין	אין	Extensor Digitorum	C7

סיכום: קיימת עדות ל- CTS סנסורית קלה, דו-צדדית.
קיימת עדות ללכידה אולנארית בינונית משמאל.
הולכות עצביות תקינות.
בבדיקת מחט ללא עדות לרדיקולופטיה שורשית.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר מוחמד עבד אל חלים
מ.ר. 154342

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.
יש להעביר תוצאות בדיקה זו בהקדם אל הרופא/ה המפנה.

עמוד 1 מתוך 1



4389458



24847832

שירותי בריאות כללית

עותק שנשלח בדוא"ר

תאריך: 22/11/21

מחוז מנפק : 004 דן פתח-תקוה
מרפאה מנפקת : 5758 מרפאת נוה סביון
גורם מממן : 004 דן פתח-תקוה

אל : 222 אסף הרופא לקביעת תור : 08-9779610

אישור הפניה לחדר מיון מס': 304389458

המבוטח : 0002484783-2 חזן שרון
רופא מפנה : 29858 קלימינסקי אלה
הפניה לצורך : ביקור בחדר מיון
הסיבה : תאונת עבודה

תאריך זימון: 06/10/21 האישור בתוקף עד לתאריך: 06/10/21

אברהם עדי

שם הפקיד/מנהל אדמ' במרפאה

לתשומת לב בית החולים/המכון !

להלן תנאי האישור להפניה :

* האישור משמש התחייבות הקופה למימון אך ורק של השירותים הרפואיים הרשומים בטופס זה והכלולים "בסל שירותים" כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

* שירותי בריאות כללית לא תישא בכל אופן שהוא בעלות חלקית או מלאה של שירות רפואי אחר או שונה, לרבות שירות רפואי כלשהו שינתן במסגרת שר"פ.

* טופס זה מיועד לביקור אחד בלבד.

* תוקף הפנייה זו הוא עד לתאריך הרשום לעיל, ושירותי בריאות כללית לא תהא חייבת לשאת בהוצאת בגין שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח מעבר לתאריך זה, כל עוד לא הסכימה בכתב להארכת תוקפה.

* התחייבות זאת תכובד בכפוף להוראות כל דין והסכם וכנגד שירותים שיינתנו על פי דין.

בשעה ____:

הוזמן תור לתאריך ____/____/____

ט'-17

Name: G

FD: 000000



שירותי בריאות כללית

22/11/20 : תנאים

מחיר מנכח : 004 17 פתח-תקוח
מדינת מנכח : 575 סרפאט טח סביון
גורם מממן : 004 17 פתח-תקוח

אל : 222 אסף חרומא לקביעת תור, 08 9779510

אישור הפניה לחדר מיון
מס': 304389458

המבוטח : 2-0002486783 תזן שדון
 רומא מטפל : 29858 קלימינסקי אלה

המכונות 2-0008486783 תזן שדון

רובא מלפני : 29838 קלימאסקי אלה

תפוצה לצורכי , ביקור בחדר סיון

מחירה : תאונת עבודה

תאריך: 06/10/21 חתום: חתום: 06/10/21

תאריך ויסוף: 06/10/21

אברהם עדי

שם תפקיד/מנחם אדמ' במסאח

לתשן סח לב בית וזחוליס'חמ'ין :

לחזקו ונאצי האישנו להכנינו

[illegible]

שני חוגי בריאות: לילית לא יושא בכל מקרה שחוקי מדינת חלקים או מלוא של שירות, וזאת אחרי 44 שנה, לירות שירות
רשמי, ולשם שינוי במסגרת שירות.

• נאפס זת וזינד לביקול אחד בלבו

התוקף הבחינה זו והוא עד לסוף יד הדפוסים לעיל, ושימושים ורשומות י ללית לא תוא חובבת לטאת בחוצותיו בנין שיריוולס רמאיון
שינויתו לסגורט מעבר לתאריך זה, כל עוד לא הסכימה י כתב לחארתית חוקפת

* התחייבות ואין תכונת בסוף לתוראנא כל דין וזהו ש' ונבד שירותים שיועט על מי דין

הזמן נור לתאריך _____ / _____ / _____
 בשעה _____: _____

17-45

Results
OK

שרון חזן תאונה

מספר תיק

19045252

תביעה - להזמין שמאי		מס הזמנת תיקון			
תאריך האירוע	07/10/2021	שעה	17:40:57	מיקום האירוע	מחלף השבעה
סוג הדרך	בין עירונית		נסיעה	בתפקיד	
שם הנהג	חזן שרון	ת.ז.	024847832	יוזר	UP7B5
מס"פ עיקרי	508800	מס רישוי	9048153	יצרן	איסוזו D-MAX
מחלקת תחבורה אחראית	רכב.יעודי-דרום		מס"פ משני		
תיאור האירוע + נזק :					
בדרך מעבודה כביש 4 לפני מחלף השבעה , נסעתי בנתיב השמאלי בעומס תנועה. רכב צד ג' התנגש בי מאחורי. ביבלתי מכה חזקה בצוואר ובגב תחתון. נזק לגד ג': פגוש קדמי, כנפים ימין ושמאל, פנס קשמי ימין נזק רכב חברה: פגוש אחורי, תפוח לחיבור נגרר					
חוות דעת קצין בטיחות :					
* נהג חברה אינו אשם בתאונה					
אשמה לאירוע : צד ג					
חוות דעת מנהל מחלקת תחבורה :					
המשך טיפול :					
דיווח משטרה בתחנת		תאריך דיווח	מספר אירוע		
שם ממ"ח	נוה עודד	שם מזכיר/ה			
יש לצרף רישיון נהיגה עובד, רישיון רכב חברה+ ביטוח ותמונות מהאירוע ('מקום, נזק, רכב צד ג', ביטוח צד ג', רישיון צד ג') **** הנני מאשר בדיקת רישיון הנהיגה שלי במשרד הרישוי, נכון למועד האירוע ****					
תאריך פתיחת האירוע	דיווח חברת הביטוח	העברת טיפול למחלקה	תאריך סגירת תיק בסאפ		
10/10/2021		משפטית	10/10/2021		
החלטת ועדת בטיחות :		סכום לחיוב			

שם	חתימה	תאריך
10/10/21		

19045252

מס הזמנת תיקון		תביעה - להזמין שמאי			
מחלף השבעה		מיקום האירוע		17:40:57	שעה
בתפקיד		נסיעה		בין עירונית	
054-6120701	פלאפון	543 צמ'ן ארצי	מחלקה	UP7B5	יוזר
024847832		ת.ז.	חזן שרון		שם הנהג
מס רישוי		9048153	מס רישוי		508800
מס רישוי		מס"פ משני		רכב יעודי-דרום	
מחלקת תחבורה אחראית					
תיאור האירוע + נזק :					
בדרך מעבודה כביש 4 לפני מחלף השבעה , נסעתי בנתיב השמאלי בעומס תנועה. רכב צד ג' התנגש בי מאחורי. ביבלתי מכה חזקה בצוואר ובגב תחתון. נזק לגד ג': פגוש קדמי, כנפים ימין ושמאל, פנס קשמי ימין נזק רכב חברה: פגוש אחורי, תפוח לחיבור נגרר					
חוות דעת קצין בטיחות :					
* נהג חברה אינו אשם בתאונה					
אשמה לאירוע : צד ג					
חוות דעת מנהל מחלקת תחבורה :					
המשך טיפול :					
מספר אירוע		תאריך דיווח		דיווח משטרה בתחנת	
שם מזכיר/ה		שם מזכיר/ה		שם ממ"ח	
יש לצרף רישיון נהיגה עובד, רישיון רכב חברה+ ביטוח ותמונות מהאירוע ('מקום, נזק, רכב צד ג', ביטוח צד, ג', רישיון צד ג') **** הנני מאשר בדיקת רישיון הנהיגה שלי במשרד הרישוי, נכון למועד האירוע ****					
תאריך פתיחת האירוע		דיווח חברת הביטוח		העברת טיפול למחלקה	
10/10/2021		משפטית		תאריך סגירת תיק בסאפ	
10/10/2021		סכום לחיוב		החלטת ועדת בטיחות :	

שם	15/10/21	חתימה	10/10/21	תאריך
----	----------	-------	----------	-------

בעלות הרכב פרטית
אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

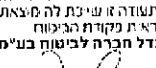
שם בעל המלטה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה		מספר זהות: 303702104		מספר תעודה: 50176857	
כתובת: דובנוב 0 31		ראשון לציון		7521546	
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/01/21		תאריך הוצאה: 29/12/20		שעת הוצאה: 13:39	
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/21 (בחצות)					

חוסמי הדינאמי	חוסמי שליפה	היצדן / M1	חייב / מועד עליה לכביש / חשוקל / טון
6383564	UF8Y504013	סיטראן SX C4)	1.794 2008

מספר הסוכן	שם הסוכן	מספר הפוליסה
328661	פלתורס תעשיה אוירית	04 25138956221

בדי האדום הרשאים להנהיג על פי סעיפים: **1**
 (מתוך חלק אי-שגל-גב תעודה זו)

השמש המותר ברכב - על פי סעיפים:
 (מתוך חלק ב' שגל-גב תעודה זו)

רשות הדואר בנק הדואר שולם 2,006.00 ש"ח בתאריך 29/12/20 בשעה 13:39 חשבון 8068484 אסמכתא 50176857 אישור 141016833 חותמת הבנק	אוטו מאנוברטור ליינמלטה שתעודה זו שייכת לה מיצאת לפי הוראת פקודת הביטוח מגדל חברה לביטוח בע"מ 	הרבבות והגבלות אין
---	---	-----------------------

הערת סכום דמי הביטוח לתשלום בש"ח 2,006.00

ונוקף הביטוח מותנה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו
 כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 495106

שם החברה: רוטמן סורין /או סבילה מונה		תא: 00130	
כתובת: דובנוב 0 31		קולקטיב: 8663	
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודת זה בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/01/21		תאריך הוצאה: 29/12/20	
מועד פקיעת הביטוח: 31/12/21		שעת הוצאה: 13:39	

מספר הרישוי: היצרן	
6383564	סיטראן SX C4)
מספר המכונה: על מוצר /מועד /מלפני /לכיסוי	
328661	פלטורס תעשיה אוירית
מספר תעודת: מספר הפוליסה	
2,006.00	50176857
בריאות זהר שואלי לרואן - על מי סעיפים (חברת חלק א' מכלול תעודת זה)	
מגדל חברה לביטוח בע"מ העתק	



רישיון רכב



משרד התחבורה ותשתיות

מספר רכב 6383564		סוג M1 פרטי נוסעים		בתוקף עד 18/02/2022	
בעלים רוטמן סבילה מונה		מספר זהות 30370211-2		תאריך בעלות 10/02/11	
מנו דובנוב 31 ראשון לציון 7521546		תאריך הופסה 04/12/20		בעלים מורחבים 01	
תאריך רישום 19/02/08		מספר שילדה VF7LGNFUF8Y504013		תוצר מנוע סיטרואן צרפת	
שם מקורי השכרה/החכר		דגם מנוע NFU		מספר מנוע 10FX7V3312279	
שנת ייצור 2008		צבע שחור		הנעה 4X2	
מקומות ישיבה למעט הנהג		חשמל עצמי 1199		רישיון נהיגה מתאים B	
סוג דלק בנזין		ווגירה אין		ב-135,366 20/02/2020 ק"מ	
צמיג קדמי 205/55R16					
צמיג אחורי 205/55R16					
משקל כולל 1794					
משקל מורשה 595					

דרגת זיהום אוויר-רכב רגיל

בעלים נוספים:

רוטמן סורין

שותף

30370210-4

תוצר סיטרואן צרפת		דגם LONFUF		סוג רכב 2	
כינוי מסחרי C4		רמת ניקור SX		מספר זהות 30370210-4	
מספק (כ"ס)	בקר ציבות	דרגת זיהום אוויר	כראות אוויר	ABS	אנט
110.00	כן	6	כן	כן	כן

תנאים הגבלות ומידע נוסף:



רשומון יבוא 8301487/22

סכום לתשלום (ש"ח)
1074.00

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תנועה (מסמך) על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי גם אם לא נעשה ברכב שימוש בסוגלי מידע על זכאות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן לקצות באחר משרד התחבורה או בדיוקן

לשנות מסלול
במקרה טרידה
בית איילון בייט
לפנות בסמל



רישיון רכב



מספר רכב >>

6383564

ביתוקר עד >>

18/02/2022

מספר זהות 30370211-2

מספר פוליסת אשפוז

7521546

תאריך תופסה 04/12/20

תאריך בעלות 10/02/11

בעלים קודמים 01

VF7LCNFUF8Y504013

מספר שילדה
תוצר ממע סיטראן צרפת
דגם ממע NFU

מספר מנוע 10FX7V3312279

צבע שחור
המטה 4X2

רישיון נהיגה מתאים B
ב-135366 20/02/2020

ק"מ

עלים רשומים סבילה מונה

ען חובות 31 ראשון לציון

אריך רשום 19/02/08

ישום מקור השכרה/החכר

אנת ייצור 2008

קומות ישיבה למעט הנהג

גודל בנזין

ויי קדמי 205/55R16

ויי אחורי 205/55R16

מל 1794

מל 595

מחם ליד הנהג

מפר 1587

משקל עצמי 1199

וויטירה אין

גת זיהום אויר-רכב רגיל

בעלים נוספים

רשומים סורין

30370210-4

שנת

רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL

מדינת ישראל



שם

1. ROTMAN

שם

2. SORIN

3. 17.01.1955

4b. 17.01.2025

5. ID 303702104

8. חובות 31 ראשון לציון

4a. 18.01.2016

4b. 6137615

2104

השם לוחם מילואים עד 4000 ש"ל ביטוח
חבר לוחם מילואים או עד 4000 ש"ל ביטוח

9. B



63-83564



DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



חזן
1. HAZAN

שרון
2. SHARON

3. 01.03.1970

4a. 07.03.2018

4b. 01.03.2028

4d. 2090143

5. ID 024847832

7832

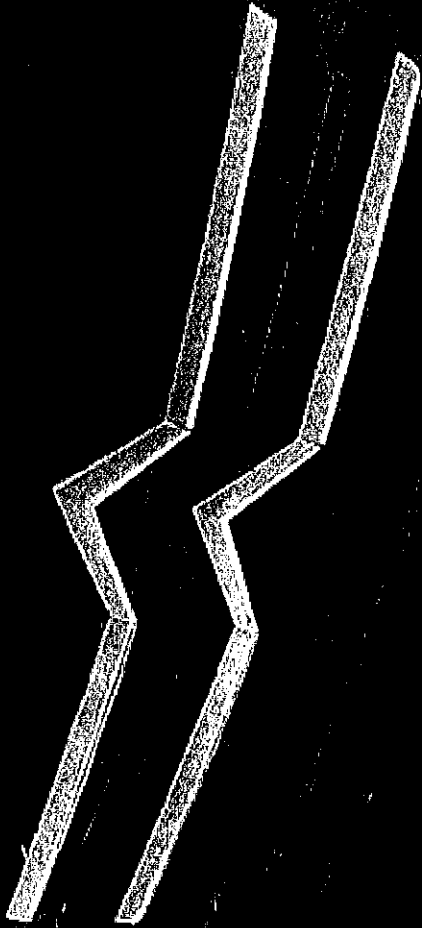
8. טופס 20 אור יהודה

השאלה והתשובה בדבר זה כעד 4000 ק"ג בישראל
השאלה והתשובה בכל מלגזה - הוראת מעבר
השאלה והתשובה לכל מכונה נסיעה

B

KL : (FCW) 1

79-688601





רכב 8888

בחקר עד

19/01/2022

520,000.47-2

מספר זהות

20/01/14

תאריך בעלות

00

בעלים קודמים

MPATFR86JMDT001635

מספר שוליה

איסור תאילנד

4JK1

KX8032

מ. גלגלים 04

00310

חוצר מוט

דגם מוט

מספר מוט

צבע לבן

הנעה 4X2

16/12

ק"מ

256,681

31/12/2019

ב-1 רמת אביב בטיחות



משרד התחבורה
והנתיבות בדרכים

מספר רכב

9048153

בעלים

חברת החשמל ליישום

10 חיפה 35085

תאריך ישיום

20/01/14

רישום מקורי

מקומות ישיום וקטע יחיד

4

מס דלק

2499

טורבו

צמיח קדמי

70R16

111 S

יחורי

70R16

111 S

משקל כולל

2100

2900

משקל מורשה

800

כ. גרירה עם בלמים 2025

כ. גרירה ללא בלמים 750

דרגת זיהום אוויר רכב רגיל

בעלים נוספים:

TFR86

רכב תא כפול

קבוצת רישוי 6

LS

חלק בנן

ABS

כרית

דלת

PICK-UP

הספק (כ"ס)

00973-0004

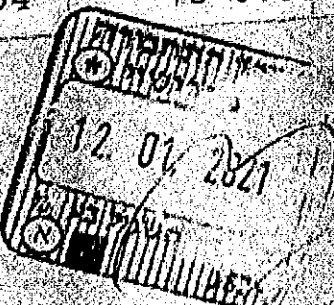
13-0183

6 15

163.00

תנאים והגבלות ומידע נוסף:

קיימת מערכת בטיחות רכב כבד
מותקן תפוח גרירה ואונקל



No.0352422 2021

אשר ישראלי/בנק הדואר שונצ'נו

0446060 870-010 11 01 09:32 16/12/20

750134 020683349 6003117 111111

810103 0006669-20-44400-479999

1962.00

הסכום לתשלום (ש"ח)

1962.00

0021 דובר 71828 655-1044697 (522349)

רשומון יבוא 323050716

האגודה ונציגיה בנציגות כשירות תחבורה

רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL



רוטמן

1. ROTMAN

סורין

2. SORIN

3. 17.01.1955

4. 18.01.2016

4b. 17.01.2025

4d. 6137615

5. ID 303702104

2104

8. תבונת 31 ראשון לציון

רשמי לוחות בנהגים עד 4000 ק"ג במסלול
חייב להחזיר מטרקטורים או משאיות מעבר במלואם

9. B

בעת רכישת הפוליסה הסיב בעל הפוליסה כי
 גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 21
 האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהג
 שנת קבלת רישיון נהיגה לרכב מסוג זה בישראל
 של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2017
 מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב
 חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים
 הצפויים לנהוג ברכב הוא:.....: 0
 מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות
 של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא:.....: 0
 ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות (ESP):.....: כן
 ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק
 (FCW):.....: לא
 ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב
 (LDW):.....: לא

בעלות הרכב פרטית
 אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

העתק

מקודת ביטוח רכב מנועי (מסח חדש) תש"ל 1970 (להלן - פקודת הביטוח) תא: 00130

קולקטיב: 8663

תעודת ביטוח

שם לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו
 לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה

נהגים נקבים - מספר זהות

סוג רכב
 סוג רכב לצורך ביטוח
 פרטי - M1

(מחאה/מספר)

M1 - פרטי נפח מנוע: 1587 סמ"ק



מספר תעודה: 50176857

מספר זהות: 303702104

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה

7521546

ראשון לציון

כתובת: דובנוב 0 31

29/12/20

תאריך הוצאה:

01/01/21

אך לא לפני:

מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני:

13:39

שעת הוצאה:

31/12/21

(בחצות)

מועד פקיעת הביטוח:

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

410120037 (מנו ואי 1970)

נשאר בידי המבטח לאחר התשלום בבנק

הודעת זיכוי

הודעת זיכוי

תא: 00130

303702104

רוטמן סורין ו/או סבילה מונה

קולקטיב: 8663

7521546

ראשון לציון

דובנוב 0 31

29/12/20

תאריך הוצאה:

01/01/21

אך לא לפני:

מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני:

13:39

שעת הוצאה:

31/12/21

(בחצות)

מועד פקיעת הביטוח:

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

מספר תעודה: 50176857
 תאריך הוצאה: 29/12/20
 שעת הוצאה: 13:39

מספר זהות: 303702104
 ראשון לציון

שם בעל הפוליסה: רוטמן סורין ו/או סבילה מונה
 כתובת: דובנוב 0 31

לתשלום בבנק

חזן שרון

מאת:

נשלח:

אל:

עותק:

נושא:

קבצים מצורפים:

ברייש איליה

יום שני 11 אוקטובר 2021 07:16

drishot@Phoenix.co.il

חזן שרון

דיווח אירוע באשמת צד ג' מיום 07.10.2021 מספר אירוע 19045252

ביטוח חובה צד ג. pdf; ביטוח רכב חברה. jpg; רישיון נהיגה חזן שרון. jpg; רישיון נהיגה צד

ג. jpg; רישיון רכב חברה. jpg; רישיון רכב צד ג. jpg; תמונה צד ג 1. jpg; תמונה צד ג 2. jpg;

תמונה צד ג 3. jpg; תמונה רכב חברה 1. jpg; תמונה רכב חברה 2. jpg; דוח תאונה חזן שרון

חתום. pdf

שלום רב,

מצ"ב דיווח אירוע באשמת נהג רכב צד ג' .

שם הנוהג חברת החשמל : חזן שרון

מספר תיק : 19045252

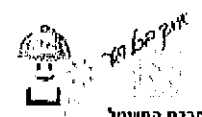
נא להעביר אלי במייל חוזר אישור אי הגשה .

– נא להעביר אלי אישור עבר ביטוחי לרכב מתחילת הביטוח שלנו אצלכם לכתובת:
לכבוד:

חברת החשמל לישראל בע"מ

מחלקת העסים ותובלה – ברייש איליה .

רחוב קרימנצקי 7 ת"א, ת.ד. 9002, מיקוד 6109001.



חברת החשמל

איליה ברייש קצב"ת | הסעים ותובלה דרום | לוגיס. ונכסים

נייד 054-6098563 | טל 07-23446238

למען איכות הסביבה, אנא המנעו מהדפסת מייל זה אם אינכם חייבים.



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

מסמכים שחובה לצרף לטופס זה

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

לידיעתך

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

כיצד יש להגיש את התביעה

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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1

פרטי התובע

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

024847832

שם פרטי

לון

שם משפחה

חם

דואר אלקטרוני:

@

0546120700

טלפון נייד

טלפון קווי

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

מס' זהות איש קשר

ס"ב

שם פרטי איש קשר

שם משפחה איש קשר

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

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
-------	-------	------	-------	---------	----------------

2

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל

חברת התעלה

תפקיד התובע במקום העבודה

כאש תלם תואלה כפף

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
-------	-------	------	-------	---------	----------------

אלר ימרה

20

סלס

מספר פקס

טלפון נייד

טלפון קווי

0768643660

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)

סוג העיסוק

שם העסק

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
-------	-------	------	-------	---------	----------------

טלפון פקס

טלפון נייד

טלפון קווי

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:
☐ צה"ל
☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת
☐ משטרה
☐ שב"ס
☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

10/11/2021
 שנה חודש יום

היום בשבוע

רביעי

שעת הפגיעה

17:40

תאריך הפסקת עבודה

7.10.2021

שעת הפסקת עבודה

17:00

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☒ בדרך לביתך ☐ בביטחון ☐ אחר (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

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

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

ככה נאמר / ככה ביצע נא

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט:

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

שם כתובת

שם

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

שם כתובת

שם

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

10/11/2021
 שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

בן נוי

תפקיד

קצב

טלפון

050 6940710

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)
שם וצוואר	מלחמת יבשה	חבר גיון סיה אלס הרפא
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה 2021 חודש 10 יום 06 שעה 19	—	אלס הרפא

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
ד"ר אלה קא'ינסקי	נפלאולוגיה	חיים כהן ס אלס הרפא	

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

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

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

תאונת צי'ס

- ☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
- ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
- ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____
- ☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☒ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

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

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

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים

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

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהיתי
בעסק /
בעבודתי

☐ סרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה בתאריך _____

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו :

□ משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

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

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ^x _____

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

אנון ופולית חן

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

50190175

616

אנוני

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

10

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

☐ עיור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

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 מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לא עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 12.10.2021 חתימת התובע X

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

קרבה לתובע

מספר זהות
ס"ב

שם משפחה

שם פרטי

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: י"פוי כח, צו אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

3

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)

4

הצהרת המעסיק

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

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת X _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסהמעסיק 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 X _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
10/6/1102021 שנה חודש יום	024847832	60
שם פרטי	שם משפחה	
לון	חן	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטתי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 12.10.2021 חתימת המבוטח * _____

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



חזן
1. HAZAN

שרון
2. SHARON

3. 01.03.1970

4a. 07.03.2018

4b. 01.03.2028

4d. 2090143

5. ID 024847832

7832

8. 20 פז, אור יהודה

2 B

השאלה לגבי הדרכה מעד 4000 ק"ג בישראל
השאל לגבי כל סוגיה - יהודית מעבר
השאל לגבי כל סוגיה - יהודית מעבר

מהדורה 11/2017

מבצאות פאולסלון תחילת שירות הביטוח הלאומי

קוד מס' 62-20055

039355715

מס' אסמכתא

הפניקס

אין להגיד תשלום
האמצעות בנק המזרח
461-358977
בתאריך: 21:14 30/06/2021
ללא תשלום וחלוקת הבנק -
אין חוקר לתעודה זו

מס' זהו של בעל הפוליסה
(ת.ז.מ.פ.ח.מ.)
520000472

מס' פוליסה
00 21-097-521-1060251
שם החבר
חברות ח

מס' חשבון
31774
חברת החשמל לישראל בע"מ

מס' רישוי
9048153
מס' שילוח
32508800
מס' חשבון
NI
אסמכתא
2499
מס' חשבון
2014
מס' חשבון
1+4

תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודת זהו בחלוקת הבנק, אך לא לפני
תיאור הרכב לצורך ביטוח: מס' עד 3.5 טון
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב

מס' כספי
986.00
מס' ביטוח
22:44
שעת הדפסה
30/06/2021
יום



שירות חדשני מהפניקס
תביעות - הו"ב המהיר
מסיימים בשבילך טיפול
בתביעה עד 10 ימים

הו"ב המהיר מקדם
את שירות הטיפול בתביעה
על בסיס 4 עקרונות מרכזיים

- שירות מקדם
- שירות מקצועי
- שירות באחריות
- שירות אקטיבי

הו"ב המהיר -
שביעות רצון ללא פשרות

דרכון זהו תוצר ממומן על ידי הממשלה
הוא כולל את כל המידע הנדרש

מס' 5070
מס' ביטוח

מס' רישוי

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

מס' חשבון

ח"י



נוי כהן, מטי הסמכה 4081
קצין בטיחות בותעבורה
חברת החשמל לישראל בע"מ
נא להגיש

מס' חשבון
520000472
מס' חשבון
(ת.ז.מ.פ.ח.מ.)

הפניקס

פקודת ביטוח רכב מנועי ונוסח חדש, תש"ל-1970
תעודת ביטוח חובה

המחאה חלק בלבד נפרד
האמצעות בנק המזרח
461-358977
בתאריך: 21:14 30/06/2021
ללא תשלום וחלוקת הבנק -
אין חוקר לתעודה זו

039355715

מס' אסמכתא

מס' פוליסה
00 21-097-521-1060251
שם החבר
חידוש חברות ח

מס' חשבון
31774
חברת החשמל לישראל בע"מ

מס' רישוי
9048153
מס' שילוח
32508800
מס' חשבון
NI
אסמכתא
2499
מס' חשבון
2014
מס' חשבון
1+4

תחילת הביטוח: המועד שבו הוחתמה תעודה זו בחלוקת הבנק, אך לא לפני
תיאור הרכב לצורך ביטוח: מס' עד 3.5 טון
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב

מס' כספי
986.00
מס' ביטוח
22:44
שעת הדפסה
30/06/2021
יום

הפניקס
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
ד"ר השלום 53 גבעתיים 53454

מס' כספי
986.00
מס' ביטוח
22:44
שעת הדפסה
30/06/2021
יום

החייב בעל הפוליסה כי:
א. גיל הנהג הצעיר ביותר
הצפוי לנהוג ברכב הוא:
17
ב. האדם הצעיר ביותר
הצפוי לנהוג ברכב הוא:
נהג
ג. וזאת קבלת רישיון
הנהיגה לרכב מסוג זה
בישראל של הנהג הצעיר
ביותר הצפוי לנהוג
ברכב היא: 2021
ד. מספר התאבדות
שהביאו לתביעות
בביטוח רכב חובה,
בשלוש השנים האחרונות,
של כל הנהגים הצפויים
לנהוג ברכב הוא: 00
ה. מספר פסילות רישיון
בשלוש השנים האחרונות
של כל הנהגים הצפויים
לנהוג ברכב הוא: 00
ו. מספר קיימת מערכת
תרעה על אי שמירת
חוק (FCW): לא



רכב 2800



משרד התחבורה והבטיחות בדרכים

טבתוקר עד

19/01/2022

52000047-2

נוסע זהות

20/01/14

תאריך בעלות

00

בעלים קודמים

MPATFR86JDT001635

נוסע שילדה

איסור תאילנד

4JK1

חוצר מוע

KX8032

יום מוע

מ. כלגלים 04

נוסע מוע

00310

צבע לבן

המח 4X2

ק"מ 256,681 31/12/2019

ב-רמת אביגור בטיחותי 1

טבתוקר עד

9048153

בעלים

חברת החשמל ליישור אל

מען

10 חיפה 35085

תאריך ישימה

20/01/14

רישום מקורי

מקומות ישימה על טוילגליה לכפוף

סוג דלק

2499 טורבו

צמי קדמי

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

2499

111 S

111 S

111 S

111 S

111 S

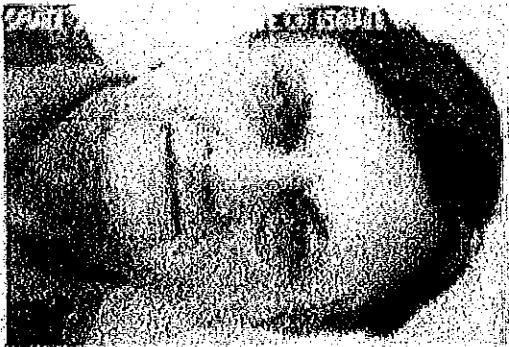
111 S

2499

111 S

DRIVING LICENCE ת.ת. 1717

STATE OF ISRAEL ת.ת. 1717



1. רויטמן
ROITMAN

2. סורין
SORIN

3. 17.01.1955

4. 18.01.2016

4b. 17.01.2025

4d. 6137615

5. ID 303702104

2104

8. ת.ת. 1717 31 ת.ת. 1717

64067



ת.ת. 1717 4000 ת.ת. 1717 31 ת.ת. 1717
ת.ת. 1717 ת.ת. 1717 ת.ת. 1717 ת.ת. 1717

2. 8

ה'ר"ב
פ"א

העתק פקודת ביטוח רכב זנועי (נוסח חדש) תשי"ל 1970 (להלן - מקודת הביטוח) תא: 00130
תעודת ביטוח קולקטיבי: 8663
שטובת שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה לתקטין את הפיצויים שישולמו
היא או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה

נשאיר בידי המבוססת לאחר התשלום בבנק

לשטעלן די פאלגנדע

12015 181 1227 41014002;

תגדל

הכנסים



רכב פורק

רישיון רכב



משרד התחבורה
וגישור תחבורה

מספר רכב: 6383564		M פרטי נוסעים		תאריך יציאת: 18/02/2022	
בעלים רוטמן סבילה מונה		מספר זהות: 30370211-2		תאריך כניסה: 04/12/20	
מס' דובנוב 31 ראשון לציון 7521546		תאריך כניסה: 10/02/11		תאריך כניסה: 01	
תאריך יציאה: 19/02/08		מספר שילוח: VF7LCNFUF8Y504013		תאריך כניסה: 01	
רישום מקורי השכרה/החכר		תוצר חנוך: סטרוואן צרפת		תאריך כניסה: 01	
שנת ייצור: 2008		דגם חנוך: NFU		תאריך כניסה: 01	
חוקיות ישיבה למעט הגנה		מספר חנוך: 10FX7V3312279		תאריך כניסה: 01	
סוג דלק: בנזין		צבע שחור		תאריך כניסה: 01	
צמיג קדמי: 205/55R16		חזקה: 4X2		תאריך כניסה: 01	
צמיג אחרי: 205/55R16		חזקה: 4X2		תאריך כניסה: 01	
משקל כולל: 1794		חזקה: 4X2		תאריך כניסה: 01	
משקל מירשף: 595		חזקה: 4X2		תאריך כניסה: 01	

דרגת זיהום אוויר-רכב רגיל

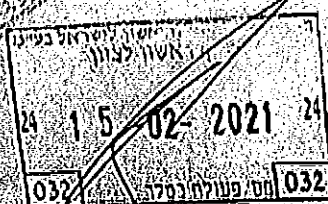
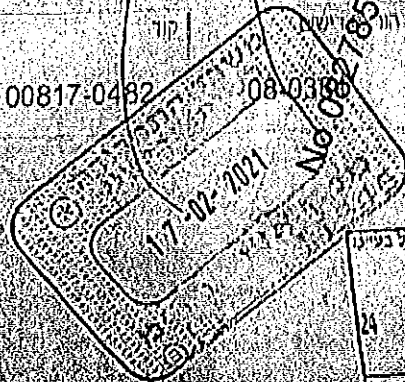
בעלים נוסעים:

רוטמן סורין

30370210-4

שותף

תוצר סטרוואן צרפת		דגם LCNFUF		מספר חנוך: C4	
מספר (כ"ס): 110.00		מספר חנוך: SX		מספר חנוך: 00817-0482	
מספר (כ"ס): 110.00	מספר חנוך: C4	מספר חנוך: SX	מספר חנוך: 00817-0482	מספר חנוך: 00817-0482	מספר חנוך: 00817-0482



רכב פורק

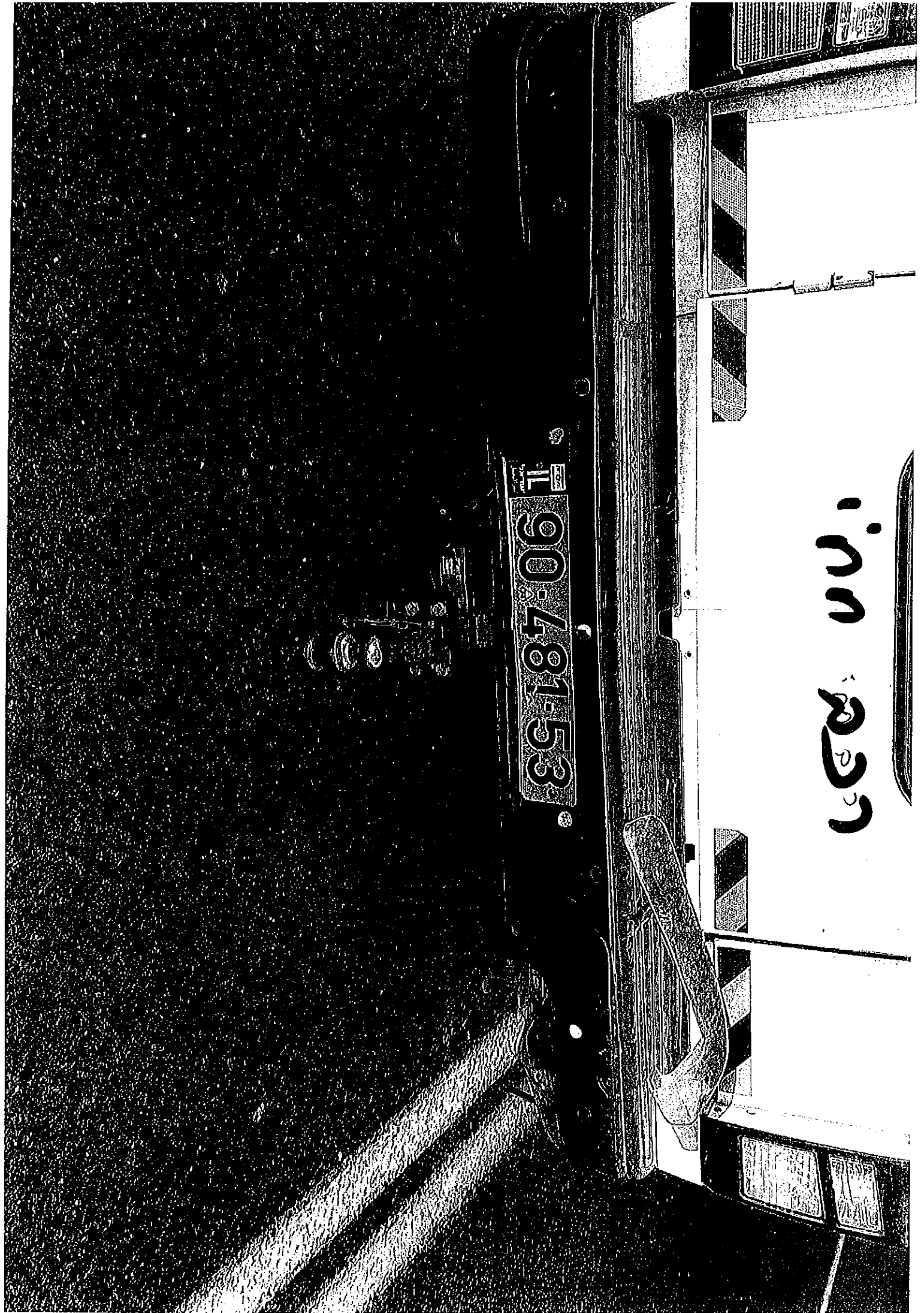
רשומות יבוא 830148722

הסכום לתשלום (ש"ח)

1074.00

לנושאות לבק: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה בגובהן כשירות תנועה (נוסע)
על פי חוק - תשלום זהו לשלם את אגרת הרישוי, וסכום זה לא נקבעה כרכב שימוש כסוע.
מיועד על זכאות למסור מאגרת רישיון ואשרויות וסכום רישיון נרכש ניתן לנכות באגרת חש"ב והחזרה או כמסך חש"ב.

מספר חנוך: 00817-0482
מספר חנוך: 00817-0482
מספר חנוך: 00817-0482
מספר חנוך: 00817-0482



CC-000000

163-83564

ccerf

63-83564



הנחיות להסדרת תשלום עבור הטיפול במיון

מבקר/ת נכבד/ה,

עם סיום הטיפול הרפואי, נבקשך להסדיר את החוב על ידי המצאת טופס התחייבות (טופס 17) מקופת החולים בה הינך מבוטח/ת או על ידי תשלום למרכז הרפואי.

במקרה של תאונת עבודה -

עליך לפנות למעסיקך על מנת להמציא טופס ב.ל. 250 (טופס הודעה של המעסיק על תאונת עבודה). טופס זה עליך לשלוח לבית החולים. במידה והינך עצמאי/ת אנא העבר טופס ב.ל. 283.

חייל/ת -

עליך לפנות לרופא היחידה על מנת להמציא טופס אסמכתא תקציבית. טופס זה יש לשלוח למרכז הרפואי.

לתשומת ליבך:

- האחריות להסדרת החוב עבור הטיפול הרפואי שקיבלת, מוטלת עליך ולא על המבטח.
- המרכז הרפואי יכבד התחייבות כספית עבור הטיפול הרפואי עד 120 יום מקבלת הטיפול.
- כעבור מועד זה, יהיה עליך לשלם למרכז הרפואי את הסכום הנקוב.

בברכת החלמה מהירה,

צוות משרד קבלת חולים.

למשלוח ההתחייבות:

050-5191676



adm@shamir.gov.il



08-9779909/23



טל' לבירורים - 08-9779922/4



סודי רפואי

טלפון: 08-9779911/22/24

מעודכן ל: 00:49, 07/10/21

אחות אחראית: גרנובסקי

מנהל מח' דר. טרוצקי

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה - 11734372

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

חזן שרון

ת.ז.: 2484783-2	מין: זכר	ת.לידה: 01/03/1970	גיל: 51 ש
טל: 054-6120701	טל: 054-6120701	טל: 3-6024108	שם האם: עליזה
מצב משפחתי: נ + 3	קופ"ח: כללית	סוג מבקר: אזרח	שם האב: משה
כתובת: טופז 20, אור יהודה, 6040541			

נתוני ביקור במיון

סיבת קבלה: ת. דרכים עבודה	גורם מפנה: פניה עצמית	מבטח: חזן שרון, 2484783-2
תאריך קליטה במיון: 06/10/21	שעה: 19:50	
תאריך קליטה בבי"ח: 06/10/21	שעה: 19:50	

אבחנות נוכחיות

E929.0- LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT
724.5 - BACKACHE, UNSPECIFIED

רגישויות

לא ידוע

דין וסיכום הקבלה

בן 51 בריא
לדבריו, בדרך חזרה מהעבודה, היה מעורב היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אחורי. ללא פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמה מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלין על כאב צוואר וגב תחתון.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר.
כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות.
כיפוף ויישור גב מלאים, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני ורקמה רכה סביב החזרי פיקה תקינים, SLR שלילי דו"צ, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

בצילומי עמ"ש צווארי ומותני- ללא עדות לשבר או פריקה

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון "הצלפת שוט" ללא ממצא חריף
הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

מצב המטופל בשחרור ממיון

תכנית טיפול והמלצות להמשך

המלצות:

- מנוחה יומיים
- שיכון כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך
- בהחמרה בכאב, חסר תחושת או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא
- קומפרסים חמים לצוואר/גב
- המשך מעקב רופא מטפל
- בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.

חופשת מחלה: 2 ימים

שוחרר בליווי _____

חתימה

רופא מאשר: דר. לוי, אלמוג

חתימה: _____

מספר רשיון: 39265

00:49 07/10/21

מרכז רפואי שניידר ואסף הרופא
מחלקת אורתופדיה
מ"ר 11734372
11/10/21



המרכז
הרפואי
שמיר



תאריך הדפסה: 07.10.21

מחלקה לרפואה דחופה

חוב לביקור שמספרו: 11734372
מטבע: ILS

לכבוד: חזן שרון ת.ז.: 2484783-2
רחוב / מס: טופז 20
עיר / מיקוד: 6040541 אור יהודה
טלפון: 054-6120701

מספר ביקור: 11734372 תאריך קבלה: 06.10.21 יח' מיון: רמי-אורט
הפניה מרופא: לא

קוד שירות תאור	כמ' מחיר כיסוי % הנחה סה"כ
99283 ביקור במיון, תשלום גלובלי	1 989.00 100.00 0.00 989.00
L0962 בדיקה קלינית במיון	1 0.00 100.00 0.00 0.00
L0964 אגרת מיון	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, קדמי-אחורי	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72040 צילום עמוד שדרה צוארי, צדי	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72040 צילום דנס, מצומצם, דרך הפה	1 0.00 100.00 0.00 0.00
72100 צילום עמוד שדרה מותני, קדמי-אחורי	1 0.00 100.00 0.00 0.00
סה"כ: 989.00	

חשבון ביניים

התחייבות

אני הח"מ: חזן שרון
ת.ז.: 2484783-2 שכתובתי: 6040541 אור יהודה טופז 20
טלפון: 054-6120701 מקום עבודה:
טלפון בעבודה:

מתחייב/ת בזה לשלם לביה"ח את החשבון הנ"ל תוך 14 יום ממועד קבלת החשבון ו/או
להמציא התחייבות מתאימה.

שם חולה/משלם חלופי: חזן שרון
חתימת המתחייב/ת

בכבוד רב

ריבה רוזנטל



ט.ל.ח

עמוד: 1 מתוך 1

RIVAR

תאריך 11/10/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	חזן שרון
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
00-02484783-2	51.07
ז	01/03/1970
משה	שם האב
טלפון	טלפון נוסף
54	3
-6120701	-5338323
טלפון	טלפון
20	מס בית
טופד	רחוב
אור יהודה	ישוב

תאריך תאונה: 06/10/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות	איפיון	קוד
אבחנה		
ACCIDENT/INJURY; NOS		A80
CONTUSION BACK AND BUTTOCKS		9223
CONTUSION	neck	9249

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 07/10/2021 עד יום 09/10/2021 (בכלל) סה"כ 3 ימים

11/10/2021

11/10/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר אלה קלימינסקי

חתימה וחומתם הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חומתם המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה		
שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדגרי 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

מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים
01000028	0768642518	01000028	01000028
מיקוד	טלפון פקס	מיקוד	טלפון פקס
61000	0723412518	61000	0723412518
יישוב	מס' בית	יישוב	מס' בית
תל אביב	16	תל אביב	16
החשבו	החשבו	החשבו	החשבו

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

2 פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון	מין
שיון	חגן	24847832	זכר ☒ נקבה ☐

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך	שעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
06/05/2021	17:40	ליון נסיעה אלקטרונית	סוג העבודה
שנה	חודש	יום	יום
2021	05	06	06
מקום התאונה:	ת. דרכים בעבודה	מקום התאונה:	מקום התאונה:
במפעל	ת. דרכים בעבודה	במפעל	ת. דרכים בעבודה
כתובת מקום התאונה	כתובת מקום התאונה	כתובת מקום התאונה	כתובת מקום התאונה
העיר, הכביש 4, מאשפוד לאור יהודה, מחלף הימני הראשון	העיר, הכביש 4, מאשפוד לאור יהודה, מחלף הימני הראשון	העיר, הכביש 4, מאשפוד לאור יהודה, מחלף הימני הראשון	העיר, הכביש 4, מאשפוד לאור יהודה, מחלף הימני הראשון
תיאור התאונה	תיאור התאונה	תיאור התאונה	תיאור התאונה
נפילה מהגג של בניין	נפילה מהגג של בניין	נפילה מהגג של בניין	נפילה מהגג של בניין
האיבר שנפגע	האיבר שנפגע	האיבר שנפגע	האיבר שנפגע
כף ימין	כף ימין	כף ימין	כף ימין

4 הצהרת המעסיק

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ 2021/05/06
שם החותם _____ חתמה וחותמת _____
תפקיד החותם _____ מנהל מחלקת משאבי אנוש
אשראי _____ חטיבת תפעול לוגיסטיקה ובטיחות
אנוש _____ חברת החשמל לישראל בע"מ

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



חברת החשמל

אל: מחלקת כח אדם

מאת: מח' 543-צמ"ן ארצי

הודעה על תאונה בעבודה

דף: 1 מתוך: 2

טופס דיווח פנימי

פרטים על התאונה

פרטי העובד הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	חזן	מס' זהות	תאריך לידה	שם פרטי	תאריך התאונה	שעת התאונה	מספר השעות שעברו מתחילת יום עבודתו של הנפגע ועד לתאונה	התאונה ארעה ביום ☒ בלילה ☐
01/03/1970	24847832	אורי יהודה	מס' הטלפון ליצירת קשר	0546120701	06/10/2021	17:40	10:40		
פרטים על הפגיעה, הטיפול ותוצאות התאונה תאר את מהות הפגיעה (שבר, קטיעה וכד'), ואת האיברים שנפגעו מכה יבשה בצוואר ובגב תחתון האם הוגשה לנפגע עזרה ראשונה? ☒ לא ☐ כן האם העובד הפסיק לעבוד ביום התאונה? ☒ לא ☐ כן									
פרטים על התאונה בעת ביצוע העבודה (לא בנסיעה) ☐ בעת נסיעה בזמן העבודה ☒ בדרך מ/אל העבודה ☐ בעת פעילות ספורט תרבות וכיו תאר באופן מפורט את מהלך התאונה, נסיבות וכיצד ארעה, למיטב ידיעתך בזמן נסיעה חזרה הביתה מאשדוד לאורי יהודה בכביש 4 לכיוון צפון. במהלך התחנה המטראולוגית היה פקק תנוה ורכ שנסעה מאחוריו נכנס ברכב של העובד תאר את הפעולות שביצע העובד הנפגע בזמן התאונה נהיגה חזרה לביתו									

שמות עדים לתאונה

חתימת העובד הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תפקיד	טלפון

פרטי ממלא הטופס במערכת הממוחשבת (במקרה שנבצר מהעובד למלא את הטופס)

תאריך	שם העובד	ת.ז.	דליה פינקו	23662455

הערות וחתימות מנהל העבודה/במידה שאין מנ"ע ממונה ישיר

תאריך	שם החותם	חתימה

למילוי על ידי מנהל המחלקה של העובד הנפגע (בהעדרו מ"מ או מנהל ישיר) לאחר חתימת העובד יש לשלוח בדחיפות למכ"א

הנפגע הנ"ל ממשיך בעבודה ☐ הנפגע הנ"ל נעדר מן העבודה החל ☒ מתאריך 07/10/2021 שעה 07:00

הערות וחתימות מנהל מחלקה (בהעדרו חתימת מ"מ או מנהל ישיר)

תאריך	שם החותם	לחן עוזי

באחריות מנהל המחלקה הממונה לשלוח העתקים כלהלן:

1 עותק-מיידי למכ"א	1 עותק-לעובד
1 עותק-מיידי לממונה על הבטיחות/לעובד	1 עותק-למרפאה

תאריך הדפסה: 07/10/2021
פיתוח: מ"מ רוחביות וזיגיסטל ארגוני - אגף מערכות מידע
מערכת - ניהול בטיחות

חטיבת משאבי אנוש
אגף שכר יחסי עבודה ובטיחות
בטיחות וגיהות ותעסוקתיות

קורדובה עדי

מאת: צהל ענת
נשלח: יום חמישי 07 אוקטובר 2021 11:11
אל: פינקו דליה; קורדובה עדי
נושא: דוח תאונת עבודה - חזן שרון
קבצים מצורפים: Statement.pdf

וואו . בריאות והחלמה

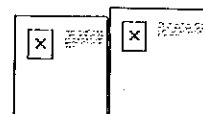
From: דליה פינקו <dalia.pincu@iec.co.il>
Sent: Thursday, October 7, 2021 10:29 AM
To: קורדובה עדי <adi.kordova@iec.co.il>
Cc: פקלר תמר; <ozila@iec.co.il> לחן עוזי; <oded.neve@iec.co.il> נוה עודד; <anat.zahal@iec.co.il> צהל ענת
<tammar.fakler@iec.co.il>; <upz1m@iec.co.il> לשכת מנהלת אגף לוגיסטיקה ונכסים; <doron.saad@iec.co.il> סעד דורון
Subject: דוח תאונת עבודה - חזן שרון

בוקר טוב
מצורף דוח תאונת עבודה של העובד חזן שרון
העובד עבר תאונת דרכים אתמול בדרך מהעבודה לביתו.

בשעות הערב ניגש עצמאית לבית החולים בגלל כאבים באזור הצוואר והגב בתחתון, עבר סידרת בדיקות במיון
ושוחרר לביתו.

העובד מרגיש טוב יחסית מעבר לכאבים בצוואר ובגב התחתון

תודה
לשירותך תמיד,



דליה פינקו | מנהלת אדמיניסטרטיבית | לוגיסטיקה ונכסים
נייד 054-6093024 | טל 076-8643662 | פקס 072-3413662

למען איכות הסביבה, אנא המנעו מהדפסת מייל זה אם אינכם חייבים.

יובהר: המידע כולו או חלקו עשוי להיות "מידע פנים" בהגדרתו בחוק ניירות ערך, תשכ"ח-1968 והשימוש בו מהווה עבירה על
חוק זה אשר עלולות להיות לה השלכות פליליות. על כן אנו מבקשים לשמור מידע זה בסודיות.

ד"ר אלה קלימינסקי
רפואת משפחה
29858
חיים ברלב, 10
03-7350400
03-7350401

תאריך 07/10/2021

מחוז: דן-פ"ת

רופאים עצמאיים - אור יהודה

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

פרטי המטופל	חזן שרון	שם משפחה ושם פרטי	טופז	אור יהודה	ישוב
מספר זהות	00-02484783-2	מס בית	20	רחוב	סוג תאונה
מס תאונה	2 תאונת עבודה	תאריך תאונה	06/10/2021	גורם שולח	5758
מספר הפניה	035758121222	מספר הפניה	035758121222	רשיון רופא	029858
תז נבדק	24847832	תז נבדק	24847832	מספר הפניה	029858
שם האב	3 - 5338323	טלפון נוסף	54 - 6120701	שירות	רפואי
ת.לידה	01/03/1970	ז מין	51.07 גיל	שירות	רפואי
משה	01/03/1970	ז מין	51.07 גיל	שירות	רפואי

לכבוד: פיזיותרפיה

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

CONTUSION BACK AND BUTTOCKS

אבחנה משוערת
תלונות / סיבת הפניה
בדרך חזרה הביתה היה מעורב בת.ד. אותו נכנס מאחור. היה חגור.
חבלות בגב תחתון וצוואר.
ביקר בחדר מיון

סימנים חיוניים: גובה 188 14/05/2019 משקל 103 14/05/2019 bmi 29.14
לחץ דם 114 / 74 25/08/2021
דופק 85 14/05/2019 סדיר
NYHA: 1 עודכן ב 11/08/2019

25/07/2021 מתאריך 106.49 eGFR

בעיות פעילות	איפיון	מ.גילוי
HYPERCHOLESTEROLEMIA		01/05/2006
SMOKER		01/01/1991
ACCIDENT/INJURY; NOS		01/04/2013
knee trauma		01/04/2013

מחוז דן-פ"ת
מספר 29858 מ.ר.מ. 1-20894
ד"ר קלימינסקי-אברהם אלה
מומחית ברפואה פנימית
מנהלת מרפאת גיורא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
הודפס ע"י ד"ר אלה קלימינסקי
00-02484783-2

הפניה למכון פיזיותרפיה

מ.ס.יום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER HEAVY
25/08/2021	01/01/1991		SMOKER

תרופות קבועות

ב...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	LIPITOR 20MG TAB 20MG
ביום	1	טבליות	1	CIPRALEX TAB 10MG 28 10mg

ממצאים קליניים היום מלין על כאבי גב תחתון וצוואר והגבלה בתמועות. ביקר בחדר מיון

שם הרופא	ד"ר אלה קלימינסקי	29858	מספר רשיון
חתימה וחותמת הרופא			

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