

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

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

29.8.21

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד

מחלקת ביטוחי בריאות
הראל חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

ח.נ.,

הנדון: קרון גרינבלט, ת.ז. 200328359
פוליסת בריאות שמספרה: 12297992

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 26.8.21 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. מצ"ב המסמכים המבוקשים במכתבכם.
2. אודה לעיונכם וביצוע העברה במקאית לפקודת הח"מ.


אריאל פרייברג, עו"ד

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ר' יצחק יצחק 200321357, מרחוב הירון 15, רמת א, ת.ז. מס' 200321357, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או הירון 15, רמת א, ממנה בנה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או הירון 15, רמת א, בענין תאונת דרכים מיום 10.11.19 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 הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

[illegible]

1998



רישיון רכב



01/03/2020

20032835-9

הספר זמני

L1 אופנוע

9935553

04/03/15

תאריך תפוגת
הרישיון

03/01/19

תאריך תפוגת
הרישיון

5228128

בעלים גרינבלט קרן
מס' הירדן 15 דירה 1 רמת גן

02/03/14

תאריך תפוגת
הרישיון

RFGHV12WXDS002919

מספר שילדה

סאן יאנג טאיוון

DM

810693

124

מועד עליה לכביש 03/2014

מס' תעודת זהות

במ"ן

110/80-12 61 L

130/70-12 64 L

128

ב-28/02/2018 10,069 ק"מ

מס' תעודת זהות

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



גרינבלט
1. GRINBLAT

קרן
2. KEREN

3. 17.02.1988

4a. 20.02.2012

4b. 17.02.2022

4d. 8758154

5. ID 200328359

8359

8. הירדן 15 רמת גן



9. A2 B

רשאי לנהוג בדרכה 8 עד 4000 ק"ג בישראל
חייב להרכיב משקפיים או עדשות מגע בנהיגה

Categories of vehicles (with no number)

IL 200328359

A2  2007

A A1 

A 

B   2005

C C1 

C 

D 

D1 

D D2 

D3 

E 

1 

Restrictive Conditions of Use
SPECTACLES OR CONTACT LENSES REQUIRED

200328359.

220212/231

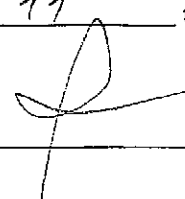
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 11 לחודש 12 שנה 2019

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד אהוד אורינברג
מס' רשיון: 62254

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 29/08/2021 11:37
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	29/08 11:35
FAX NO. /NAME	7348172
DURATION	00:01:29
PAGE(S)	07
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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

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

29.8.21

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד

מחלקת ביטוחי בריאות
הראל חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

ח.ב.,

הנדון: קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
פוליסת בריאות שמספרה: 12297992

- הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 26.8.21 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:
1. מצ"ב המסמכים המבוקשים במכתבכם.
 2. אודה לעיונכם וביצוע העברה במקאית לפקודת הח"מ.

לכבוד רב ורתודה,
אריאל פרייברג, 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.
לצרכי פשרה בלבד

8.7.21

לכבוד
הדר חן, עו"ד
המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון: קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
מס' תביעה: 2020000008029
5

1. מצ"ב כתב קבלה ע"ס 200,000 ₪ חתום על ידי מרשתי.
2. כן, מצ"ב יפוי כח, טופס הודעה, אישור ניהול חשבון ובקשה מוסכמת לדחיית התביעה.
3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בביצוע העברה בנקאית.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

תאריך: 08/06/2021

כתב קבלה ויתור ושהרור

אני הח"מ גרינבלט קרן נושא ת.ז. מס. 200328359 שכתובתי היא טרומפלדור 00000 26 בני ברק (להלן: "התובע") מאשר/ת ומצהיר/ת כדלקמן:
הואיל ובתאריך 10/11/2019 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונה ודרכים ב (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזק גוף ישירים וגם/או עקפים.

והואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") (להלן: "המבטח") וכן עם גרינבלט קרן (להלן: "המבטחים") לקבלת פיצויים כמפורט להלן וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר, בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה.

לכן הנני מאשר/ת ומצהיר/ת ומתחייב/ת כדלקמן:

- הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבטחים והמבטוחים באמצעות פרייברג אריאל, ע"ד הינו סך של 200,000.00 ₪ (מאתיים אלף ש"ח) הכולל שכ"ט ע"ד ומע"מ ותחיימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
- תמורת הסכום וקבלתו הנני מותר/ת כזה לחלוטין ומחלת/ת באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינני כיום וכפי שהיה בעתיד ועל פי חקיקה שיתקן וגם/או יבוא במקום דין הקיים היום או שיוחק בעתיד.
- שטר זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות המבטחים או המבטוחים הנ"ל ואין בו הודאה כלשהי בזכותי או כדי להפסיק את מרוץ ההתיישנות בתביעתי במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות הנ"ל באם לא יחתם על ידי לבסוף מסיבה כלשהי.
- הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את המבטחים והמבטוחים או מי מהם, בסכום שלא יעלה על הסכום המצוין בסעיף 1 דלעיל מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה ו/או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחדר בגין כל תביעת שיכוב שתשולם על ידם לאדם או לגוף שפיצו אותי על נזק עבורו קבלתי פיצוי מהמבטחים ו/או מהמבטחים עקב התאונה הנ"ל, למעט הוצאות רפואיות המכוסות במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ובתנאי שיבוצעו במסגרת הרפואה הציבורית, .
- מוצהר בזה כי הפיצויים כוללים פיצוי גם בגין הוצאות רפואיות עתידיות שאינני וכאי להן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994, ככל שאני וכאי לפיצוי כזה לרבות הוצאות בגין פינוי באמבולנס ככל שהיה.
- הנני מצהיר/ת ומתחייב/ת בזה:

- התאונה לא ארעה במהלך עבודתי או בדרך מביתי לעבודתי או בחורה מעבודתי לביתי.
- אין בדעתי לתבוע מהמוסד לביטוח לאומי להכיר בתאונה כתאונה עבודה.
- לא קיבלתי עד היום תשלום כלשהו מהמוסד לביטוח לאומי בגין התאונה. ידוע לי כי הסכום שישולם לי עפ"י שטר קבלה זה כולל בחובו גם את התקבולים האמורים להשתלם, אם בכלל, ע"י המוסד לביטוח לאומי ושיעורן של הגמלאות הנ"ל לא נוכה מן הסכום שמשלם עפ"י שטר קבלה זה.
- במידה ותבוא דרישה או תביעה לשפוי מצד המוסד לביטוח לאומי כלפי המבטחים ו/או המבטחים ו/או מי מהם בגין תקבולים או גמלאות מכל סוג שהוא, המשתלמים לי ע"י המוסד הנ"ל בגין התאונה, הנני מתחייב/ת בזה לתשלום ולשפות את מקבל התביעה או הדרישה מיד עם דרישתו הראשונה, על כל סכום שהוא ידרש לשלם, לרבות הפרשי הצמדה ושכ"ט ע"ד ומע"מ.
- הנני מאשר/ת ומצהיר/ת ומסכים/ת בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום, תקבול או גמלה כלשהם בגין התאונה הרי ניתנת בזאת מראש הסכמתי כי יחול עלי האמור בסעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב] התשנ"ה – 1995 וניתנת בזאת מראש רשות מטעמי למוסד לביטוח לאומי לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל, כל זאת מבלי לפגוע בזכויות השפוי שיש כלפי המבטחים ולמבטחים עפ"י שטר קבלה זה.
- ידוע לי שהביטוח באמצעות המבטחתה על פי דין ביטוח משותף וכי המבטחות המשתתפות בביטוח זה מפורטות בתעודת ביטוח (להלן: "התעודה"). עוד ידוע לי שחלקה באחריות של כל מבטחת המשתתפת בביטוח המשותף הוא בהתאם לשיעור (באחוזים) הנקוב בתעודה לצד שמה, ואין מבטחת משתתפת אחת אחראית בגין חלקה בחבות של מבטחת משתתפת אחרת. לפיכך, מבטחת שתחול להיות בת פרעון לפני תשלום הסכום הנקוב בסעיף 1 דלעיל, יגרע חלקה מהפיצוי שישולם לי על פי כתב זה.
- הנני מצהיר/ת כי, אינני מקבל ואינני עתיד לקבל פנסיה כלשהי מקרן פנסיה בגין התאונה.
- ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי, הסכמתי והצהרתי דלעיל הסכימו המבטחים והמבטחים לשלם לי את הסכום.
- במקרה שכתב זה נחתם על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם בידוד וכל אחד מהם לחוד.
- הנני מתחייב/ת לבטל את תביעתי בבימ"ש שלום - רחובות ת.א. 73141020.
- התשלום יבוצע בתוך 30 ימים ממועד התקיימות התנאים הקבועים בהסכם לתשלום.
- תשלום עפ"י הסכם זה יבוצע באמצעות העברה בנקאית, אלא אם כן בחר המוטב לקבלם בדרך אחרת.
- הריני מבקש להעביר התשלום באמצעות המחאה/ העברה בנקאית (סמן הבחירה המבוקשת)
העברה בנקאית תבוצע לחשבון נאמנות מס'..... בנק..... סניף.....
שם החשבון.....
מז"ב צילום מעל 100 אש"ח - אישור הבנק על פתיחת חשבון נאמנות ספציפי)

• במקרה שבו לא העביר המוטב את הפרטים והמסמכים הנדרשים לשם ביצוע העברה בנקאית התשלום יבוצע באמצעות המחאה.

15.

לראיה

באתי על החתום:
היום 29 בחדש 6 שנת 21 חתימה
עד לחתימה א"כ פ"ח (שם וכתובת מלאים)
קרן גרינבלט

אני החתום מטה: א"כ פ"ח מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצונו הטוב והחופשי ואשר הודעה בכפי להנחת דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לי הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

תאריך: 24.6.21

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה

ע"ד

מס. התיבה: 2820000005029 מס. מליטה: 771700268119 על שם גרינבלט

תאריך: 08.07.21 Date:

לכבוד:
אריאל פרייברג
ויצמן 21 תל אביב

הנדון: חשבון מספר 16437/84

לבקשתך, הרינו לאשר כי מתנהל בבנק אגוד (13), בסניף כיכר המדינה (157), חשבון מספר 16437/84

ע"ש אריאל פרייברג ת.ז. 66630930 בנאמנות עבור קרן גרינבלט ת.ז. 200328359.

בכבוד רב,
בנק אגוד לישראל בע"מ
סניף כיכר המדינה
דנה עסיה
קובי זילברמן

ט.ל.ח.

מסמך נחתם ונערך בתאריך : 8.7.21

בקשה מוסכמת לדחיית התביעה - פשרה

התובעת :

קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359

מרחוב הירדן 5, רמת גן

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

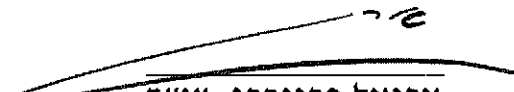
- נ ג ד -

הנתבעת :

התאגיד המנהל לביטוחי רכב – "הפול"

מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון

1. התובעת מתכבד להודיע לבית המשפט הנכבד כי הליכי המו"מ בינה לבין הנתבעת נשאו פרי והצדדים הגיעו לכדי הסכמה בדבר סילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.
2. בנסיבות אלה, מתבקש בית המשפט הנכבד להורות על דחיית התביעה ללא צו להוצאות.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

זמן ביצוע הפעולה: 08/07/2021 12:59

מספר תיק: 7314-10-20

סוג בקשה: הסכם פשרה

מספר אסמכתא למעקב: 7298800

על המגיש לשמור את מספר האסמכתא לשם קבלת מידע אודותיו
המסמך הועבר לבדיקת מזכירות.

• אם יאושר, יתויק בתיק ומועד ההגשה החוקי יחושב לפי זמן ביצוע הפעולה באתר ולא לפי תאריך האישור במזכירות.
כמו כן, יופק אישור שיוצג בתיקיית תיק נייר.

• אם לא יאושר, תשלח למגיש הודעה על כך.

הפול

ביטוח • חובה • שירות



דיווח ראשוני על תאונת דרכים

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטיו באמצעות פקס או דואר המופיע בראש הטופס.

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז.	מס' טלפון	נייד
דן גרין	99-3555		200328359		
סוג רכב: ☒ אופנוע ☐ רכב ☐ אחר					

פרטי הנהג (בזמן האירוע) *חובה לצרף צילום ת.ז, צילום רישון נהיגה משני צדדין של הנהג בזמן האירוע ותעודת חובה

שם ושם משפחה של הנהג	כתובת	מה הקשר לבעל הרכב	מס' טלפון	נייד
דן גרין	גבעתי 5, תל אביב	נהג		054-5450349
תאריך לידה של הנהג	מס' זכות	מס' רישון	תאריך הוצאת רישון	מקום עבודה וכתובתה
17.2.88		200328359		

☐ הרכב בבעלותי ☐ הרכב בבעלות מעבידי ☐ השכרה ☐ בבעלות אחר

פרטי הנפגעים:

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במוסד רפואי
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במוסד רפואי
סוג נפגע: ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל					

פרטי התאונה:

תאריך	שעה	מקום האירוע	האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי?	האם הכרה ע"י ביטוח לאומי כתאונת עבודה
10.11.19	09:35	החנייה של	כן	כן
****תיאור התאונה, לרבות האם היה מגע פיזי בין הרכבים:				
תיאור הנזק לרכב או לאופנוע:				
האם דיווח למשטרה: ☒ לא				

☐ התאונה בעבודה ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך מהעבודה ☐ במסגרת פרטית

פרטי צד ג' (הרכב המעורב)

שם מלא של הנהג המערב	מס' רישוי	כתובת	חברת ביטוח	פוליסה מס'	טלפון

אני הח"מ מצהיר בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדויקים וכי לא העלמותי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.

תאריך: 24.6.21 חתימת המבוטח: חתימת הנהג:

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



תאריך: 08/06/2021
מספר: 2020000005029
מספר:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות
לצרכי מ"מ לפשרה בלבד

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן 0000000

א.ג.נ.,

הנדון:	ת"ד מיום	10/11/2019 -
	שם נפגע/ת	גרינבלט קרן -
	מס. רכב	9935553 -
	שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית -
	מספר פוליסה	771700268119 -
	שם המבוטח	גרינבלט קרן -
	סוג הכיסוי הביטוחי	ביטוח חובה -

מאשרים קבלת מכתבך מיום 03/06/2021.
עליו להודיעך כי מרשך מחזיק בתעודת ביטוח הכוללת תנאי של השתתפות עצמית לפיה ינוכה מהפיצויים שישגוע למרשך, אם בכלל, סכום של 25,000.00 ש"ח מהנזק הלא ממוני 7-ימי אי-כושר. לאחר בחינת התיק נהיה מוכנים לסלק התביעה בסך של 200,000 ש"ח לאחר ניכוי השתתפות עצמית החלה עליה בהתאם לתנאי תעודת הביטוח.
רצ"ב כתב קבלה ע"ס 200,000 ש"ח לחתימת מרשך ואישורך.

בכפוף להמצאת טופס ההודעה המצ"ב.
בכפוף להמצאת יפוי כח.

לא התקבל תיעוד עדכני בתחום הנפשי.

נא להחזיר אלינו חתום עם צילום צ'ק ברור או אישור ניהול חשבון לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי.

הריני להודיעך כי זכותך להשיג על ההחלטה הנ"ל בפני הממונה על פניות הציבור הגב' אוסנת גרוסמן וזאת באמצעות פניה בכתב לכתובת הרשומה לעיל או לפקס שמספרו 03-9519141 או למייל שכתובתו mail@pool.org.il
כמו כן זכותך להביא את השגתך בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

בכבוד רב,

הדר חן, עו"ד
מחלקת תביעות

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר ערנא, מס' 20028359, מרחוב הרצין 15 רמת גן, נגד ממנה מזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של התביעה בענין תאונת דרכים מיום 10.11.19 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.



TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 08/07/2021 13:13
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	08/07 13:12
FAX NO./NAME	9620909
DURATION	00:01:51
PAGE(S)	10
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, 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.
לצרכי פשרה בלבד

8.7.21

לכבוד
 הדר חן, עו"ד
 המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון : קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
 מס' תביעה : 2020000006029
 5

1. מצ"ב כתב קבלה ע"ס 200,000 שח חתום על ידי מרשתי.
2. כן, מצ"ב יפוי כח, טופס הודעה, אישור ניהול חשבון ובקשה מוסכמת לדחיית התביעה.
3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בביצוע העברה בנקאית.

בכבוד רב ובב"ח,

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.
לצרכי פשרה בלבד!

3.6.21

לכבוד
 הדר חן, עו"ד
 המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון: קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
 מס' תביעה: 2020000006029
 5

הרני מאשר קבלת מכתבך מיום 1.6.21 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מרשתי לא תוכל להסכים להצעה כפי שבאה לידי ביטוי במכתבך.
2. עבודתה של מרשתי כרוכה רובה כולה בישיבה ממושכת, נכויותיה כפי שנקבעו ע"י פרופ' סלעי תפקודיות מאין כמותן במצב דברים זה.
3. משכך, תטען מרשתי כי נכותה התפקודית עולה על זו הרפואית.
4. אולם, גם מבלי להיזקק לטענתה בעניין נכותה התפקודית, הצעתכם אינה מגלמת את נזקיה גם ביחס לנכותה הרפואית בהתחשב בפוטנציאל השתכרותה, גילה ומצבה.
5. כפי שצויין במכתבי הקודם, למרשתי נגרמו נזקים הן בפן הנפשי והיא נזקקה להוצאות רבות בגין טיפולים אישיים שניתנו לה בגין דא. כן, נגרמו לה הוצאות ניכרות בגין רכישת משככי כאבים, נסיעות לטיפולים טיפולי פיזיותרפיה ותרגילים לחיזוק השרירים.
6. במועד התאונה התניידה מרשתי באמצעות כלי רכב דו גלגלי ובעטייה של התאונה נזקקת היא להוצאות נסיעה משמעותיות.
7. בנסיבות, אודה לקבלת הצעה משופרת ומקסימלית.
8. לחילופין, הסכמתכם להגשת בקשה למינוי פסיכיאטר או הגשת הגנה.
9. לעיונד וטיפולך המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

תאריך: _____
 שם העובד: _____
 פועל: _____
 מספר לקוח: _____
 בוצע ע"י: _____
 אסמכתא: _____

שם ומספר מזהה	מספר לקוח	סניף
כתובת למשלוח דואר		

תאריך: _____

לכבוד
בנק אגוד לישראל בע"מ (להלן: "הבנק")

טופס הצהרה על נהנה¹ ועל בעל שליטה²

הצהרה זו תחול על כל החשבונות (לרבות פקדונות), תחומי הפעילות וערוצי השירות המתנהלים ושיטתהלו אצלכם על שמי/נו, תחת מספר הלקוח המפורט לעיל (להלן – ביחד ולחוד – "החשבון"), אלא אם נודיע לכם במפורש ובכתב אחרת.

אנא/אנו

שם	מספר זהות/דרכון/רישום ³	תאריך לידה/התאגדות
א.י. 27777	000630930	17.8.84

מצהירים בזאת, כי:

☐ אין נהנה בחשבון וזלת בעלי החשבון.

☐ החשבון הוא חשבון המנוהל על ידי מי שמינה בית משפט, בית דין דתי, ראש החוצאה לפועל, הרשם לענייני ירושה או גוף רשמי אחר של המדינה ע"פ קביעת המפקח על הבנקים. מצורפת אסמכתא.

☐ החשבון הוא של עורך-דין, בעל רשיון לעריכת דין בישראל, טוען רבני או רואה-חשבון המנוהל עבור לקוחותינו, והיתרה בחשבון בסוף כל יום עסקים לא תעלה על סכום של 300,000 שקלים חדשים וכל פעולה בחשבון לא תעלה על סכום של 100,000 שקלים חדשים.

זהו חשבוני היחיד מסוג זה.

☐ החשבון מנוהל למטרות קהילתיות לטובת קבוצה גדולה או קבוצת בלתי מוגדרת של נחנים, והיתרה בחשבון בסוף כל יום עסקים וכן כל פעולה בחשבון לא תעלה על סכום של 50,000 שקלים חדשים.

מטרת החשבון היא:

☐ החשבון מנוהל למטרות קהילתיות לטובת קבוצה גדולה או קבוצת בלתי מוגדרת של נחנים (כפוף לאישור האחראי על איסור חלבנות הון בבנק); מטרת החשבון היא:

☐ יש נהנה בזכויות כאמור, אולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים.

הסיבה לכך:

הנני/נו מתחייבים למסור לכם את פרטי הזיהוי של הנהנה מיד לאחר שתיוודע זהותו.

☒ הנהנים בחשבון הם ^{1,4}:

שם	מספר זהות/דרכון/רישום ³	תאריך לידה/התאגדות	מין
דן 65777	200321359	17.2.88	ז

☐ בעלי השליטה בתאגיד² הם:

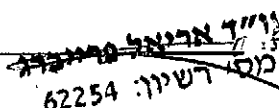
שם	מספר זהות/דרכון/רישום ³	תאריך לידה/התאגדות	מין

תאריך:	בוצע ע"י:
שם העובד:	
פעולה:	אסמכתא:
מספר לקוח:	

ידוע למלנו כי על פי הגדרות חוק איסור חלבנות הון, יש לחגוץ עד ליחיד השולט בתאגיד אם קיים כזה. אננו מתחייבים לחודיע לבנק בכתב בהקדם האפשרי על כל שינוי בפרטים שמסרת/נו לעיל.

אם קיימים חשבוניות נוספים על שם התאגיד בבנק, ובחשבוניות אלה נמסרו פרטי בעלי שליטה שונים ישנה הבנק את פרטי בעלי השליטה בכל חשבוניות התאגיד בבנק, בהתאם לפרטים הרשומים לעיל.

ידוע למלנו כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון, של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון, לפי סעיף 7 לחוק איסור חלבנות הון - מהווה עבירה פלילית.

תאריך: 24.6.21
חתימות:  מס' רשיון: 62254

1. נהוג - אדם שעבורו או לטובתו מוחזק החשבון/נעשית פעולה בחשבון, או ביכולתו לכוון פעולה בחשבון, במישרין או בעקיפין. (אין מדובר בנחנה לפי חוק הירושה).
2. "בעל שליטה" - כהגדרתו בחוק איסור חלבנות הון, התשי"ס-2000, כפי שתהא מעת לעת, אשר נכון למועד עריכת הצהרה זו הינה:
 - (1) יחיד בעל היכולת לכוון את פעילותו של תאגיד, בין לבד ובין יחד עם אחרים או באמצעותם, בין במישרין ובין בעקיפין, לרבות יכולת הנובעת מתקנון התאגיד, מכוח תחוקה בכתב, בעל פה או באופן אחר, או יכולת הטבעת מכל מקור אחר, זלמעט יכולת הנובעת רק ממילוי של תפקיד של נושא משרה בתאגיד;
 - (2) בלי לגרוע מכלליות האמור בפסקה (1), יראו יחיד כבעל שליטה בתאגיד אם הוא מחזיק 25% או יותר מסוג כלשהו של אמצעי שליטה, ואין אדם אחר המחזיק אמצעי שליטה מאותו הסוג בשיעור העולה על שיעור החזקותיו; לעניין זה, "החזקה" - לרבות החזקה יחד עם אחרים כמשמעותה בחוק ניירות ערך;
 - (3) בלי לגרוע מכלליות האמור בפסקאות (1) ו-(2), בתאגיד שבו אין יחיד כאמור בהן, יראו כבעל שליטה את יושב ראש הדירקטוריון בחברה ונושא משרה מקביל וכן את המנהל הכללי, ואם אין כאלה - את נושא המשרה שיש לו שליטה אפקטיבית בתאגיד.
3. "החזקה" - כהגדרתה בחוק ניירות ערך, התשכ"ח - 1968, כפי שתהא מעת לעת, אשר נכון למועד עריכת הצהרה זו, מתייחסת להחזקה בידי יחיד, בין לבד ובין ביחד עם אחרים, בין במישרין ובין בעקיפין, באמצעות נאמן, חברת נאמנות, חברת רשומים או בכל דרך אחרת, תוך שרואים יחיד ובני משפחתו הגרים עמו, או שפרנסת אחד על האחר, כאדם אחד; ומקום שמדובר בהחזקה בידי חברה, גם בידי חברה בת שלה או חברה קשורה שלה במשמע.
4. במקרה שהמסמך הוצא במדינה זרה, יש להוסיף את שם המדינה שבה הוצא.
5. במקרה שהנהגה הנו תאגיד רשום (בארץ או בחו"ל) יש להוסיף כנהגים גם את כל היחידים שהם בעלי השליטה בתאגיד הנהגה.
6. אם קיימים חשבוניות נוספים של התאגיד בבנק - על התאגיד לשלוח לאותם סניפים הצהרה ובה פרטי בעלי השליטה כפי שרשמו לעיל.

הצהרה עצמית בדבר תושבות מס וויתור על סודיות

- טופס זה מיועד ליחיד (לרבות נהנה בחשבון לטובת אחר ובעל שליטה בתאגיד). אם הנך תאגיד/ישות, מלא/י טופס הצהרת תאגיד/ישות. יתכן כי תתבקש לחתום בנוסף על טופס W-9/W-8.
- טופס זה מיועד, בין היתר, לצורך הקביעת אם בעל החשבון או בעל שליטה בישות פסיבית בעלת החשבון, לפי העניין, הוא אדם אמריקאי בעל החשבון או בעל השליטה כאמור הוא אדם אמריקאי ו/או תושב מדינה זרה ואותה מדינה זרה היא מדינה בת דיווח, יועבר לארה"ב בעל החשבון או בעל השליטה כאמור.
- לתשומת ליבך – התבקשו אינו רשאי לייעץ בנושאי מס בישראל ו/או בכל מקום אחר. היה ויש לך שאלות בנוגע למילוי טופס זה לרבות בנוגע שלך, או כל עניין העלול להשפיע על המידע שייכלל בו, יש להיוועץ עם יועץ מס או עם רשות המס המקומית שלך.

לכבוד: בנק אגוד לישראל בע"מ (להלן: "הבנק")

[illegible]

הואיל וביקשתי מכם לפתוח חשבון² על שמי ובבעלותי (לבד או עם אחרים) או שהתבקשתם לפתוח חשבון שחנני מוצהר בו כנהנה³ או כבעל שליטה⁴, או להצטרף כבעלים או כנהנה או כבעל שליטה לחשבון קיים, ו/או התבקשתם לקבל כספים לחשבון או להעביר כספים מחשבון על שמי, בו הנני משמש כבעלים או בו אני מוצהר כנהנה או כבעל שליטה (להלן: "**החשבון**");

והואיל וכתנאי להסכמתכם לפתיחת וניהול החשבון או לצירופי לחשבון או לקבלת הכספים או להעברת הכספים הותבקשתי והסכמתי, להצהיר כדלקמן **(וגא למלא את סעיפים 1 ו-2):**

1. הצהרה לצרכי FATCA (יש לסמן את אחת האפשרויות בלבד):

- ☐ 1.1 הנני U.S. Person (אזרח או תושב ארצות הברית, לרבות מחזיק גרין קארד) --
 נא לכתובם בנוסף על טופס W-9 כולל SSN (Social Security Number).

- 1.2 אינני U.S. Person, ובכלל זה (יתכן כי תידרש לחתום גם על טופס W-8BEN):

- מקום חולדתי אינו בארצות הברית, אינני אזרחית ארה"ב או תושבת ארה"ב, אין ברשותי ויזת עבודה לארה"ב ואינני מחזיקה בגרין קארד.

- אין לי כתובת מגורים או כתובת לצרכי מס בארה"ב ואין לי מספר טלפון בארה"ב.

- ☐ 1.3 אינני U.S. Person, אך מתקיים או התקיים לגביי אחד התנאים המפורטים בסעיף 1.2 לעיל (נא לחתום בנוסף על טופס (W-8BEN).

2. הצהרה בדבר תושבות מס (tax residency) ⁵ (סמן ☒ בחלופת המתאימה ומלא את הפרטים):

- ☒ **תושבת מס בישראל בלבד** – מספר תעודת זהות: 20032/359 אני מצהירה כי אני תושבת/לצרכי מס במדינת ישראל בלבד, זו מדינת התושבות היחידה שלי, ואיני נחשבת/לצרכי מס במדינה אחרת.
- ☐ **תושבת מס בישראל ומדינה/ות אחרת/ות:** אני מצהירה כי אני תושבת/לצרכי מס במדינת ישראל ובמדינות הבאות, ואיני נחשבת/לצרכי מס במדינה אחרת מלבד:

1 יחזק' ידעל תשובו" – לגבי תשובו פנימי שאינו תורה ביטוח בעל ערך פדיון או תורה קצבה או אנונה – מי שרשום כבעל החשבון או מי שהמוסד הפיננסי הישראלי המדווח מזהה כבעל החשבון, ואם מחזיק אדם, שאינו מוסד פיננסי, בחשבון פיננסי של אדם אחר, יראו את האדם האחר כבעל החשבון האמור, או יחיד "בעל שליטה" שהינו בעל שליטה בישות שהיא בעלת החשבון.

2

המנוח "חשבון" מתייחס לכל החשבוניות הקשורים בשמי, מופעלים בשמי, ואין המוחזקים ביחד על ידי ועל ידי אחרים וכן כל חשבון כאמור הקשור עם תאגיד בו אני משמש בעל שליטה או בעקיפין, בזמן הווה או בעתיד, בכל סניפי הבנק.

ב"נהגה" – אדם שבעבורו או לטובתו מוחזק הרכוש או נעשית פעולה ברכוש, או שביכולתו לכוון פעולה ברכוש, והכל במישרין או בעקיפין, ולעניין תאגיד – גם בעל שליטה בתאגיד.

4 "יבעל שליטתו" כהגדרתו בסי' 135 לפקודת מס הכנסה (נוסח חדש), התשכ"א – 1961.
אדם הינו תושב לצרכי מס במדינה מסוימת, אם על פי חוקי המס של אותה מדינה הוא נחשב תושב מס בת.

מדינה	מספר משלם מס מקומי (TIN)	אם חסר TIN נא פרט סיבה
א. ישראל (תעודת זהות)		
ב.		
ג.		

תושב/ת מס במדינה/ות אחרת/ות: אני מצהיר/ה כי אני תושב/ת לצרכי מס במדינות הבאות, אינני תושב/ת לצרכי מס במדינת ישראל ואינני נחשב/ת תושב לצרכי מס במדינה אחרת מלבדן:

מדינה	מספר משלם מס מקומי (TIN)	אם חסר TIN נא פרט סיבה
א.		
ב.		
ג.		

3. הריני מצהיר/ה ומסכים/ה מה בדלקמן:

- 3.1 אני מצהיר בזאת, כי בהתאם לכל דין, דיווחתי על הכנסותי ושילמתי את כל המיסים, בכל מדינה בה יש לי חבות מס או תושבות מס, בקשר עם כל סכום שיופקד בחשבון, המצוי בחשבון ושיועבר מהחשבון, וכי ככל שאני נדרש אדווח על קיומו וניהולו של החשבון לרשויות המתאימות; או אני נמצא בתהליך גילוי מרצון על שמי, במדינה/ות בהן הנני תושב לצרכי מס.
- 3.2 אני מתחייב בזאת לעדכן אתכם מיידית ובכתב, ובכל מקרה לא יאוחר מ- 30 יום, על כל שינוי בפרטים הנכללים בהצהרה זו, ובפרט בשינויים בתושבות המס שלי.
- 3.3 אני מאשר כי הצהרתי בסעיף 2 לעיל על כל המדינות בהן אני תושב לצרכי מס ואין לי תושבויות מס נוספות מלבד אלו המופיעות בהצהרתי זו.
- 3.4 ידוע לי כי טופס זה והמידע שנמסר בו יכול להיות מדווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל.
- 3.5 אני מסכים ומאשר, כי במקרה שתתקבל בבנק פניה מרשות מוסמכת בישראל או מרשות זרה, הבנק יורשה להעביר לאותה רשות כל טופס או מידע הקשור לחשבון, לרבות מסמכים, הצהרות ומידע בדבר הכנסות בקשר עם החשבון (כולל שמי, כתובתי, מספר זיהוי לצרכי מס, נתונים על מס שנוכה), ובכלל זה מסמכים והצהרות שהעברתי לבנק.
- 3.6 אני מסכים ומאשר, כי בכל מקרה בו אבקש מהבנק להעניק לי שירותים בנקאיים, אשר לצורך אספקתם עליו להתקשר עם גופים פיננסיים אחרים (כגון החזקת ניירות ערך הנסחרים בחו"ל והעברות במט"ח) הבנק יורשה להעביר לכל גוף פיננסי באמצעותו ניתנים שירותים הנוגעים לחשבון, במישרין או בעקיפין, לרבות למשמורן (קסטודיאן) (אם וככל שנכסים פיננסיים המנוהלים בחשבון מוחזקים או מנוהלים באמצעות משמורן), כל טופס או מידע הקשור לחשבון לצורך ביצוע דיווחים הנוגעים לחבויות מס או לצורך ביצוע הפעולות המבוקשות על ידי הלקוח, בישראל ומחוצה לה, ולרבות מסמכים, הצהרות ומידע על ניכוי מס בקשר עם החשבון (כולל שמי, כתובתי ומספר זיהוי לצרכי מס).

3.7 אני מודעת/לכך כי מסירת הצהרה כוזבת הינה עבירה הכפופה לעונשים הקבועים בכל דין.

X 24/6/2021
תאריך

שם היחיד בעל החשבון, הנהנה/ת בחשבון לטובת אחר/ת, נאמנות, בעל השליטה
חתימה

בחשבון לטובת אחר/ חשבון נאמנות מסוג שליחות, הח"מ מצהיר בדלקמן:

- א. אני הח"מ, הנאמן/המחזיק לטובתו של הנהנה המזוהה לעיל, מאשר בזאת כי הטופס דלעיל נחתם בפני עיי הנהנה או שוידאתי מול הנהנה כי הוא חתם על טופס זה ואין בידי מידע סותר לגבי מעמד הנהנה/ת.
 - ב. הפרק הרביעי בחלק ד' לפקודת מס הכנסה [נוסח חדש] אינו חל על בעל החשבון או הנאמן.
- במקרה שהפרק הרביעי בחלק ד' לפקודת מס הכנסה [נוסח חדש] חל על יחסי הנאמנות בין הנאמן לבין הנהנה או החשבון בבעלות נאמנות/הסדר דומה שאינם ישראלים, מלא טופס הצהרת תאגיד/ישות.

עו"ד אריאל פרייבאג
מס' רשמי 62854
חתימה

שם הנאמן

TIN (Tax Identification Number) הינו מספר זיהוי נישום לצרכי מס, כלומר המספר המזהה של הנישום ברשות המס הרלוונטית. ישנן מדינות שלא מנפיקות TIN, אך הן מנפיקות מספר זיהוי אחר שממשש כ-TIN. "בעל שליטה" בהגדרתו בס' 135 לפקודת מס הכנסה (נוסח חדש), התשי"א - 1961. ראה סעיף 12.6 לחוקר מס הכנסה מס' 3/2016 בנושאי מיסוי נאמנויות מיום 9 באוגוסט 2016.

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	08-06-2021 11:17:05	תאריך ושעה
Pages	2	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date &Time	08-06-2021 11:16:41	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 03/06/2021 11:40
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	03/06 11:40
FAX NO./NAME	9620909
DURATION	00:00:20
PAGE(S)	01
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, 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.
לצרכי פשרה בלבד!

3.6.21

לכבוד
 הדר חן, עו"ד
 המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון: קרון גרינבלט, ת.ז. 200328359
 מס' תביעה: 2020000006029

הרני מאשר קבלת מכתבך מיום 1.6.21 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מרשתי לא תוכל להסכים להצעה כפי שבאה לידי ביטוי במכתבך.
2. עבודתה של מרשתי כרוכה רובה כולה בישיבה ממושכת, נכויותיה כפי שנקבעו ע"י פרופי סלעי תפקודיות מאין כמותן במצב דברים זה.
3. משכך, תטען מרשתי כי נכותה התפקודית עולה על זו הרפואית.
4. אולם, גם מבלי להיזקק לטענתה בעניין נכותה התפקודית, הצעתכם אינה מגלמת את נזקיה גם ביחס לנכותה הרפואית בהתחשב בפוטנציאל השתכרותה, גילה ומצבה.

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 03/06/2021 11:57
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	03/06 11:56
FAX NO./NAME	9620909
DURATION	00:00:27
PAGE(S)	02
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, 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

3.6.21

מ.ל.ב.
לצרכי פשרה בלבד!

לכבוד
 הדר חן, עו"ד
 המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון: קרו גרינבלט, ת.ז. 200328359מס' תביעה: 2020000005029

5

הרני מאשר קבלת מכתבך מיום 1.6.21 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מרשתי לא תוכל להסכים להצעה כפי שבאה לידי ביטוי במכתבך.
2. עבודתה של מרשתי כרוכה רובה כולה בישיבה ממושכת, נכויותיה כפי שנקבעו ע"י פרופ' סלעי תפקודיות מאין כמותן במצב דברים זה.
3. משכך, תטען מרשתי כי נכותה התפקודית עולה על זו הרפואית.
4. אולם, גם מבלי להיזקק לטענתה בעניין נכותה התפקודית, הצעתכם אינה מגלמת את נזקיה גם ביחס לנכותה הרפואית בהתחשב בפוטנציאל השתכרותה, גילה ומצבה.



תאריך: 01/06/2021

כתב קבלה ויתור ושחרור

אני הח"מ גרינבלט קרן נושא ת.ז. מס. 200328359 שכתובתי היא טרומפלדור 00000 26 בני ברק (להלן: "התובע") מאשר/ת ומצהיר/ת בדקלמן: הואיל ובתאריך 10/11/2019 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונה דרכים ב (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזק גוף ישירים וגם/או עקיפים.

והואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") (להלן: "המבטח") וכן עם גרינבלט קרן (להלן: "המבוטחים") לקבלת פיצויים כמפורט להלן וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר, בהווה ובעתיד, הטובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה.

לכן הנני מאשר/ת ומצהיר/ת ומתחייב/ת בדקלמן:

- הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבוטחים והמבטחים באמצעות פרייברג אריאל, ע"ד הינו סך של 180,000.00 (מאה ושמונים אלף ש"ח) הכולל שכ"ט ע"ד ומע"מ וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
- המורה הסכום וקבלתו הנני מותר/ת בזה לחלוטין ומוחל/ת באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד ועל פי חקיקה שיתקן וגם/או יבא במקום דין הקיים היום או שיוחק בעתיד.
- שטר זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות המבטחים או המבוטחים הנ"ל ואין בו הודאה כלשהי בזכותי או כדי להפסיק את מרוץ ההתיישנות בתביעתי במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות הנ"ל באם לא יחתם על ידי לבסוף מסיבה כלשהי.
- הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את המבוטחים והמבוטחים או מי מהם, בסכום שלא יעלה על הסכום הנצוץ בסעיף 1 דלעיל מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה ו/או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחדר בגין כל תביעת שיבוב שתשולם על ידם לאדם או לגוף שפיצו אותו על נזק עבורו קבלתי פיצוי מהמבטחים ו/או מהמבוטחים עקב התאונה הנ"ל, למעט הוצאות רפואיות המכוסות במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ובתנאי שיבוצעו במסגרת הרפואה הציבורית.
- מוצהר בזה כי הפיצויים כוללים פיצוי גם בגין הוצאות רפואיות עתידיות שאינני זכאי להן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994, ככל שאני זכאי לפיצוי כזה לרבות הוצאות בגין פינוי באמבולנס ככל שהיה.
- הנני מצהיר/ת ומתחייב/ת בזה:
 - התאונה לא ארעה במהלך עבודתי או בדרך מביתי לעבודתי או בחורה מעבודתי לביתי.
 - אין בדעתי לתבוע מהמוסד לביטוח לאומי להכיר בתאונה כתאונה עבודה.
 - לא קבלתי עד היום תשלום כלשהו מהמוסד לביטוח לאומי בגין התאונה. ידוע לי כי הסכום שישולם לי עפ"י שטר קבלה זה כולל בחובו גם את התקבולים האמורים להשתלם, אם בכלל, ע"י המוסד לביטוח לאומי ושיעורן של הגמלאות הנ"ל לא נוכח מן הסכום שמשולם עפ"י שטר קבלה זה.
 - במידה ותבוא דרישה או תביעה לשפוי מצד המוסד לביטוח לאומי כלפי המבטחים ו/או המבוטחים ו/או מי מהם בגין תקבולים או גמלאות מכל סוג שהוא, המשתלמים לי ע"י המוסד הנ"ל בגין התאונה, הנני מתחייב/ת בזאת לפצות ולשפות את מקבל התביעה או הדרישה מיד עם דרישתו הראשונה, על כל סכום שהוא ידרש לשלם, לרבות הפרשי הצמדה ושכ"ט ע"ד ומע"מ.
 - הנני מאשר/ת ומצהיר/ת ומסכים/ת בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום, תקבל או גמלה כלשהם בגין התאונה הרי ניתנת בזאת מראש הסכמתי כי יחול עלי האמור בסעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב] התשנ"ה - 1995 וניתנת בזאת מראש רשות מטעמי למוסד לביטוח לאומי לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל, כל זאת מבלי לפגוע בזכויות השפוי שיש כלפי למבטחים ולמבוטחים עפ"י שטר קבלה זה.
 - ידוע לי שהביטוח באמצעות המבטחה על פי דין ביטוח משותף וכי המבטחות המשתתפות בביטוח זה מפורטות בתעודת ביטוח (להלן: "התעודה"). עוד ידוע לי שחלקה באחריות של כל מבטחת המשתתפת בביטוח המשותף הוא בהתאם לשיעור (באחוזים) הנקוב בתעודה לצד שמה, ואין מבטחת משתתפת אחת אחראית בגין חלקה בחבות של מבטחת משתתפת אחרת. לפיכך, מבטחת שתחול להיות בת פרעון לפני תשלום הסכום הנקוב בסעיף 1 דלעיל, יגרע חלקה מהפיצוי שישולם לי על פי כתב זה.
 - הנני מצהיר/ת כי אינני מקבל ואינני עתיד לקבל פנסיה כלשהי מקרן פנסיה בגין התאונה.
 - ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי, הסכמתי והצהרתי דלעיל הסכימו המבוטחים והמבטחים לשלם לי את הסכום.
 - במקרה שכתב זה נחתם על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם בידוד וכל אחד מהם לחוד.
 - הנני מתחייב/ת לבטל את תביעתי בבימ"ש שלום - רחובות ת.א 73141020.
 - התשלום יבוצע בתוך 30 ימים ממועד התקיימות התנאים הקבועים בהסכם לתשלום.
 - התשלום עפ"י הסכם זה יבוצע באמצעות העברה בנקאית, אלא אם כן בהר המוטב לקבלם בדרך אחרת.
 - הריני מבקש להעביר התשלום באמצעות המחאה/ העברה בנקאית (סמן הבחירה המבוקשת)

העברה בנקאית תבוצע לחשבון נאמנות מס' בנק. סניף.

שם החשבון

מז"ב צילום שיק (תשלום מעל 100 אש"ח – אישור הבנק על פריחת חשבון נאמנות ספציפי)

• במקרה שבו לא העביר המוטב את הפרטים והמסמכים הנדרשים לשם ביצוע העברה בנקאית התשלום יבוצע באמצעות המחאה.

15.

לראיה

באתי על החתום:

היום כחודש _____ שנת _____ חתימה _____

שם וכתובת מלאים) _____

אני החתום מטה _____ ע"ד, מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצונו הטוב והחופשי ואשר הודעה בפני להנחת דעתי ולאחר שקראתי בפני והסברתי לו הסבר והסב את תכנו ואת התוצאות הטובות ממנו.

תאריך: _____

חתימה _____

ע"ד _____

מס. התביעה 2020000005029 מס. מילסה 771700268119 מל שם גרינבלט קרן

רחוב אצל 1, ת.ד 17160 ראשליצ | מיקוד 7507101 | טלפון 03-9424300 | פקס 03-9620909 | www.pool-act.org.il



ביטוח • חובה • שיורי

תאריך: 01/06/2021
מספר: 2020000005029
מספר:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות
לצרכי מ"מ לפשרה בלבד

לכבוד
פרייבורג אריאל, עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן 0000000

א.ג.ב.,

הנדון:	ת"ד מיום	10/11/2019 -
	שם נפגע/ת	גרינבלט קרן -
	מס. רכב	9935553 -
	שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית -
	מספר פוליסה	771700268119 -
	שם המבוטח	גרינבלט קרן -
	סוג הכיסוי הביטוחי	ביטוח חובה -

מאשרים קבלת מכתבך מיום 04/05/2021.
עלינו להודיעך כי מרשך מחזיק בתעודת ביטוח הכוללת תנאי של השתתפות עצמית לפיה ינוכה מהפיצויים שיגיעו למרשך, אם בכלל, סכום של 25,000.00 ש"ח מהנזק הלא ממוני ו-7 ימי אי-כושר. לאחר בחינת התיק נהיה מוכנים לסלק התביעה בסך של 180,000 ש"ח לאחר ניכוי השתתפות עצמית החלה עליה בהתאם לתנאי תעודת הביטוח.
רצ"ב כתב קבלה ע"ס 180,000 ש"ח לחתימת מרשך ואישורך.

בכפוף להמצאת טופס ההודעה המצ"ב.
בכפוף להמצאת יפוי כח.

מצ"ב הצעתנו פשרה,
בתפקידה של מרשתך ספק עד כמה נכותה תפקודית.

נא להחזיר אלינו חתום עם צילום צ'ק ברור או אישור ניהול חשבון לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי.

הרינו להודיעך כי זכותך להשיג על ההחלטה הנ"ל בפני הממונה על פניות הציבור הגב' אוסנת גרוסמן וזאת באמצעות פניה בכתב לכתובת הרשומה לעיל או לפקס שמספרו 03-9519141 או למייל שכתובתו mail@pool.org.il
כמו כן זכותך להביא את השגתך בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

בכבוד רב,

הדר חן, עו"ד
מחלקת תביעות

הפול

ביטוח • חובה • שיורי



דיווח ראשוני על תאונת דרכים

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטיו באמצעות פקס או דואר המופיע בראש הטופס.

פרטי המבוטח:

שם מלא של המבוטח/ בעל הפוליסה	מס' רישוי	מס' פוליסה	מס' ת.ז.	מס' טלפון	ייד

סוג רכב: ☐ אופנוע ☐ רכב ☐ אחר _____

פרטי הנהג (בזמן האירוע) *חובה לצרף צילום ת.ז, צילום רישיון נהיגה משני צדדיו של הנהג בזמן האירוע ותעודת חובה

שם ושם משפחה של הנהג	כתובת	מה הקשר לבעל הרכב	מס' טלפון	ייד
תאריך לידה של הנהג	מס' זהות	מס' רישיון	תאריך הוצאת רישיון	מקום עבודה וכתובתה

☐ הרכב בבעלותי ☐ הרכב בבעלות מעבידי ☐ השכרה ☐ בבעלות אחר

פרטי הנפגעים:

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופלה במוסד רפואי
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופלה במוסד רפואי

סוג נפגע: ☐ נהג ☐ מוסע ☐ הולך רגל

פרטי התאונה:

תאריך	שעה	מקום האירוע	האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי?	האם הוכרה ע"י ביטוח לאומי כתאונת עבודה
			כן / לא	כן / לא

****תיאור התאונה, לרבות האם היה מגע פיזי בין הרכבים:

תיאור הנזק לרכב או לאופנוע: _____

האם דיווח למשטרה: כן / לא

☐ התאונה בעבודה ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך מהעבודה ☐ במסגרת פרטית

פרטי צד ג' (הרכב המעורב)

שם מלא של הנהג המעורב	מס' רישוי	כתובת	חברת ביטוח	פוליסה מס'	טלפון

אני הח"מ _____ מצהיר בזה כי כל הפרטים הנ"ל הם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.

חתימת המבוטח _____ חתימת הנהג _____



בית משפט השלום ברחובות

06 אוקטובר 2020

ת"א 7314-10-20 גרינבלט נ' התאגיד
המנהל של המאגר לביטוח רכב חובה
("הפול" בע")

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (תִּשְׁבָּע בְּהַזָּה בָּאֵנֶה בִּי יוֹם) 05 אוקטובר 2020 בשעה (בִּלְשָׁעָה) 12:04 נפתח בבית משפט זה (סִגְלַת בִּי הַמִּחְכֶּמֶת קִצְיָה תַחֲמַל הַרְקֵם) ת"א 7314-10-20 גרינבלט נ' התאגיד המנהל של המאגר לביטוח רכב חובה ("הפול" בע").

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.
בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך.
לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו **3852 077-2703333**. www.court.gov.il
ذوي إعاقة يمكنهم التوجه خطياً إلى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل إضافية يمكن التوجه إلى مركز المعلومات الهاتفي **077-2703333** www.court.gov.il *3852

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין. בעל דין יכול לעיין מרחוק בתיק גם ללא צורך בכרטיס חכם, בכפוף לכך שביצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית, ובתנאי שמספר תעודת הזהות שלו מעודכן בתיק.

הגשת פתיחת תיק גרינבלט ל' התאגיד המנהל של המאגר לביטוח רכב חובה ("הפול") בע"
מועד ההגשה: 12:04 05/10/2020
מספר אסמכתא למעקב: 3554361

על המגיש לשמור את מספר האסמכתא לשם קבלת מידע אודות ההגשה
ההגשה הועברה לבדיקת מזכירות.

• אם תאושר, התיק ייקלט במערכת ותאריך ההגשה החוקי יחושב לפי תאריך ההגשה בפועל ולא לפי תאריך האישור.
כמו כן, יופק אישור שיוצג בתיקיית תיק נייר.

• אם לא תאושר, תשלח למגיש הודעה על כך.

התובעת:

קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359

מרחוב הירדן 5, רמת גן

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

- נגד -

הנתבעת:

התאגיד המנהל לביטוחי רכב – "הפול"

מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון

מהות התביעה:

נזיקין - נזקי גוף,
לפי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים,
התשל"ה – 1975.

סכום התביעה:

אינו ניתן להערכה – עד גובה סמכות בית המשפט

כתב תביעה

1. התובעת, ילידת 17.2.88, היתה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהגת ו/או המשתמשת ברכב מס' 99-355-53 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
3. ביום 10.11.19, בשעה 09:35 או בסמוך לכך, בצומת הרחובות הרכבת וסלומון, בתל אביב, היה הרכב בו נהגה התובעת מעורב בתאונת דרכים וכתוצאה מכך נפגעה התובעת ונחבלת בגופה (להלן: "**התאונה**").
- רצ"ב אישור משטרה מסומן "1" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
4. ממקום התאונה הובהלה התובעת באמצעות מד"א לבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות בגפיים, בבית החזה, בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי שכלל חיטוי וחבישת השפופים והחתכים המדממים שוחררה מרשתי לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
- רצ"ב דו"ח מד"א וסיכום אשפוז, מסומנים "2 - 8" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

5. התובעת אשר המשיכה לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הגב, ברך ימין, כאבים בבית החזה עם קשיי נשימה ולחץ נפשי טופלה במסגרת הקהילה, הופנתה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת משככי כאבים ותרופות להרגעה ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "9 – 13" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

6. התובעת ביצעה סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים ונוכח הימשכות הכאבים וההגבלה בתנועות עמ"ש הגבי והתחתון, כאבים בבית החזה וברגל ימין ביצעה סדרת טיפולים נוספת אשר לא הביאה להפגת הכאבים והוחלט להפנותה לטיפול במסגרת מרפאת כאב.

7. נוכח אירוע של החמרה ניכרת בכאבים עם הקרנת הכאבים לגפה, חולשה ברגליים ובריחת צואה הוחלט להפנותה למיון, שם נבדקה ועל החשד שמדובר בסכיזופרניה. היא טופלה בוולטרן ושחררה לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "14- 41" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

8. מחמת התאונה ותוצאותיה, ניתנו לתובעת תעודות מחלה למן יום התאונה ועד ליום 28.11.19, ובהמשך, ניתנו לתובעת תעודות מחלה נוספות בעת התקפות כאב.

9. התובעת עובדת כתוכניתנית וראש צוות בחברת צ'ק פוינט, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה, בין היתר, בישיבה ממושכת, ריכוז והקלדה, מתקשה מחמת התאונה בביצוע עבודתה, נזקקת להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לה הפסדי שכר.

10. מאז התאונה, סובלת התובעת מכאבים והגבלה בתנועות הגב, מכאבים והגבלה בתנועות ברך ורגל ימין, מכאבים בבית החזה, ממצב רוח ירוד, מחרדה, דכאון, וחוסר שקט, היא נאלצת ליטול תרופות הרגעה וכדורים פסיכיאטריים, מצלקות מכערות מקושי בישיבה ממושכת, מקושי בביצוע תפקודים ידניים והרמה, מקושי בריכוז מקשיי הירדמות ושינה כאובה ולא רציפה והטיפולים בה צפויים להימשך בעתיד.

11. מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובעת בניהול משק ביתה, נזקקת לעזרת הזולת ותיזקק לה גם בעתיד.

12. עובר לתאונה התניידה התובעת באמצעות כלי רכב דו גלגלי, מחמת התאונה ותוצאותיה מתקשה התובעת בהתניידות באמצעות כלי רכב דו גלגלי דרך קבע והיא נזקקת להוצאות ניידות מוגברות ולשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות.

13. להלן פירוט נזקי התובעת :

א. נזק מיוחד :

(1) הפסדי השתכרות בעבר - ₪ 150,000

(2) עזרת הזולת בעבר - ₪ 20,000

(3) הוצאות רפואיות, רכישת משחות, תכשירים

₪ 15,000

ונסיעות לטיפולים בעבר -

₪ 8,500

(4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר -

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובעת פיצוי הולם בגין נזקה, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותה התפקודית של התובעת, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותה הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(3) הוצאות ניידות ואחזקת רכב.

(4) פיצוי בגין נזקה הלא ממוניים של התובעת.

14. הנתבעת חייבת לפצות את התובעת בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

15. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

16. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

17. אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובעת כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מרבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

אריאל פרייזברג, עו"ד
ב"ב התובעת



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידת בוחנים מחוז תא: 08:56
 יחידה: 18/11/2019
 תאריך: 08:56
 מס' תיק מסוף: 9
 מס' תיק: 18527 - 2019 - 2008
 טלפון: 03-6802222
 כתובת: אמת 2, תל אביב
 נושא המסמך: 03-6803607
 מספר תיק: 486484 / 2019
 סיווג תיק: ת.ד.
 מס' מסמך: ג
 פקס: 03-6803607
 מייל: bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעורבים

1. תאריך התאונה: 10/11/2019
 2. מקום התאונה: תל אביב יפו צומת רחוב הרכבת עם רחוב סלומון בכביש עירוני
 העתת מקום: 09:35 בשעה
 3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	סוג רכב	פרטי הרכב	תוצר רכב
55404301	סוג רכב	פרטי נוסעים	יונדאי קוראה
מספר פוליסה	חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
97051971801	חברת ביטוח	מספר פוליסה	ישראלית
שיוך המעורב	ת.ד.	שם	שנת לידה
נהג	302565767	בן משה	14/10/1989
כתובת	קופ"ח / בית חולים	תומרת הפגיעה	
ת"א - יפו, זבולון 29			

מספר רכב	סוג רכב	פרטי הרכב	תוצר רכב
9935553	סוג רכב	אופנוע	סאן יאנג טינאן
מספר פוליסה	חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
20377170026811900	חברת ביטוח	מספר פוליסה	ישראלית
שיוך המעורב	ת.ד.	שם	שנת לידה
נהג	200328359	קור גרעילט	17/02/1988
כתובת	קופ"ח / בית חולים	תומרת הפגיעה	
רחמיאן הירדן 15			

4. פרטי הולכי רגל
 5. כמות נפגעים: 1
 מצב התיק: נגזר
 מתאריך: 12/11/2019

פרטי המטפל בתיק

מ"א: 980987
 שם משפחה: פרס
 שם פרטי: אילון

פרטי השוטרים המוסר

מ"א: 900159
 דרגה: רס"ב
 שם משפחה: רפאל
 שם פרטי: מניב

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה <u>ג'י' (גל)</u>	שם פרטי <u>קון</u>	תעודת זהות <u>200328359</u>	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: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 17.12.19 עד לחתימה ומס' עו"ד אריאל פריימן חתימה: X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מרן 200828354, מרחוב הרין 15 רמת גן,
ת.ז. מס' 200828354, מזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של נגד
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 הכת, 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 רשם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

15. להעביר יפוי כת 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 כת זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 11 לחודש 12 שנה 2019

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד אהוד פרייברג

מס' רשיון: 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ קרן גינבל 6 בעל ת.ז. 200321359 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:

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

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

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

X _____
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד מרסל פריד 6 מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 4.10.20
הופיע/ה בפני קרן גינבל 6 (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 200321359
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 06/10/2020 16:26
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	06/10 15:58
FAX NO./NAME	9519141
DURATION	00:27:58
PAGE(S)	50
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM



בית משפט השלום ברחובות

06 אוקטובר 2020

ת"א 7314-10-20 גרינבלט נ' התאגיד
 המנהל של המאגר לביטוח רכב חובה
 ("הפול" בע")

אישור פתיחת תיקمصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (לصادق بهذا بأنه في يوم) 05 אוקטובר 2020 בשעה (بالساعة) 12:04 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 7314-10-20 גרינבלט נ' התאגיד המנהל של המאגר לביטוח רכב חובה ("הפול" בע").

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך.

לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני

שמספרו **3852 077-2703333**. www.court.gov.il

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة.

للحصول على تفاصيل إضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي **077-2703333**

www.court.gov.il. *3852

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הרצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בחקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי ממנו "אחרי דרכנו" ייתכן שתוכל לקבל את הצו.

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.

5.2.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף רמת גן
מרחוב החשמונאים 15
רמת גן 5248284

א.ג.נ.,

הנדון: קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
תאונה מיום 10.11.19

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 13.1.20 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

להלן תשובות מרשתי מפיה:

1. מביתי ברחוב בן יהודה 175 בתל אביב, נסעתי לחוף המערבי המצוי ליד מוזיאון האצ"ל בתל אביב, שם אני מבצעת פעילות גופנית הכוללת חיזוק שרירים, גלישת גלים, ריצה ושחיה בהיקף של 2 – 3 פעמים בשבוע, לאחריה, אני מגיעה לעבודתי ברחוב הסוללים בתל אביב.
2. כידוע לכם, העבודה בהייטק כרוכה בשעות רבות ועל כן, אין משמעות להגעה בשעה נקובה וספציפית, אני בדי"כ מגיעה בין השעות 08:30 ל-10:00.
3. לא איחרתי, כאמור בסעיף 2 לעיל, ההגעה לעבודה היא בין השעות 08:30 ל-10:00. בימים בהם אני מתאמנת, אני מגיעה יותר קרוב לשעה 10:00. למעלה מן הצורך, אציין כי מעסיקיי מודעים לכך ואף נותנים את ברכתם לביצוע פעילות גופנית.
4. הפגימות עליהן אני מתלוננת הינן: כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, כאבים והגבלה בתנועות זרוע ורגל ימין, כאבים בעצם החזה, מצב רוח ירוד, דכאון וחרדה.

*מרשתי מבקשת לציין כי מאז התאונה ומחמת תוצאותיה לא מתאפשר לה לחזור לפעילות גופנית כפי שהייתה רגילה לעשותה, זאת, חרף היותה פעילה מאוד עובר לתאונה, והכל כפי שפורט לעיל.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 05/02/2020 09:24
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	05/02 09:23
FAX NO./NAME	6720103
DURATION	00:00:50
PAGE(S)	01
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, 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.

5.2.20

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 ענף נפגעי עבודה – סניף רמת גן
 מרחוב החשמונאים 15
 רמת גן 5248284

א.ג.נ.

הנדון: קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
 תאונה מיום 10.11.19

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 13.1.20 והנני מתכבד לחשיבכם כדלקמן:

להלן תשובות מרשתי מפיה:

1. מביתי ברחוב בן יהודה 175 בתל אביב, נסעתי לחוף המערבי המצוי ליד מוזיאון האצ"ל בתל אביב, שם אני מבצעת פעילות גופנית הכוללת חיזוק שרירים, גלישת גלים, ריצה ושחיה בהיקף של 2 – 3 פעמים בשבוע, לאחריה, אני מגיעה לעבודתי ברחוב הסוללים בתל אביב.
2. כידוע לכם, העבודה בהייטק כרוכה בשעות רבות ועל כן, אין משמעות להגעה בשעה נקובה וספציפית, אני בד"כ מגיעה בין השעות 08:30 ל-10:00.
3. לא איחרתי, כאמור בסעיף 2 לעיל, ההגעה לעבודה היא בין השעות 08:30 ל-10:00. בימים בהם אני מתאמנת, אני מגיעה יותר קרוב לשעה 10:00. למעלה מן הצורך, אציין כי מעסיקהי מודעים לכל נהלים המונעים את העדרת השעות.



סניף: רמת גן
חשמונאים 15
רמת גן 5248284

דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 03-6720103

שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
קבלת קהל: א, ג, ה 8:00-12:30
ב, ד 15:00-17:00
זימון תור ב-8321*

תיק: 200328359-60-01

לכבוד

קרן גרינבלט

הירדן 15 דירה 1

רמת גן 5228128

דף 1 מתוך 1

563-063-053



תיק: 200328359-60-01

ט"ז בטבת, תש"פ
13 בינואר 2020

מספר תיק: 20032835-9

תאריך פגיעה: 10/11/2019

גברת נכבדה,

תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה, נבקש להמציא לנו תוך 21 יום, את הפרטים ואת המסמכים החסרים, כמפורט להלן:
נא לצרף את המסמכים הבאים:

1. אבקש לקבל את מסלול נסיעתך המלא - מתיכן יצאת ולאן תכננת להגיע? אנא פרטי שמות רחובות ופניות וכן את מקום התאונה על המסלול.
2. מהם שעות עבודתך באופן כללי וביום הפגיעה בפרט?
3. אם איחרת לעבודתך ביום הפגיעה (הפגיעה ב 9:20 לערך) נא הצהרתך מדוע ומה עשית שגרם לאיחור ביום הפגיעה 10.11.2019
4. נא הצהרתך מהן הפגישות עליהן הנך מתלוננת עקב התאונה מיום 10.11.2019

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את חטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב,
שיינר ליאת
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
עו"ד אריאל פרייברג

197/בל



7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב

11.12.19



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף תל אביב
מרחוב יצחק שדה 17
תל אביב 6777517

א.ג.נ.,

הנדון: קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
תאונה מיום 10.11.19

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

בכבוד רב ובתודה,


אריאל פרייברג, עו"ד



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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

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 עמו ביצעת את העבודה (חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה).
- ☞ **עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון; **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהות והיתר העסקה משיחת התעסוקה.
- ☞ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בריאות דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

לידיעתך

- ☞ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) 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** שתזמן 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.
- ☞ ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מיל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ☞ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסנף המספל.
 - 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 ובהירות 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) תחזר בדואר, ותחשב כאילו לא הגשה.
- ☞ עליך לחתום על כל הספחים של יותר סדיות רפואיות.
- ☞ 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 אפוסרפוס – יש לצרף צו אפוסרפוסות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

02.2019/211/ז

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

2

(02 2019) 211

נא ציין את מספר תעודת זהות 2 0 0 3 2 8 3 5 9 ותאריך הפגיעה עמוד 2 מתוך 10

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

2א

מקום השרות	☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	סלפון קווי	☐
שב"ס	☐ משטרה	☐ משא"ז	סלפון נייד	☐
מחוז / תא דואר	☐ אחר	☐ מוספר בית	מס' פקס	☐
	מיקוד	ישוב		

תאריך כניסה לשיחת קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____
 האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האנוורה?
☐ כן ☐ לא
 אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

פרטי הפגיעה

3

תאריך הפגיעה	יום	חודש	שנה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
2019	11	10	10	ראשון	9:35	2019	11/10

היך אירעה הפגיעה?
☐ במהלך העבודה ☐ במפעל/בעסק
☐ מחוץ למפעל
☐ תאונה בנתיין
 בתאמת בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____
 (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)
 (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

תיאור הפגיעה: ביצע נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לציין גיליון מסרף) נא פרט הוא'ר בנתיין ימנית
ארה סלפון ארה הוריה כאלו הורה לאחור' לו האס ומתג' ג' נאחור, עברתי מוקטנה
(הוסתג' אל סלפון)
 האם נכחו עדים בתאונה? ☐ כן ☐ לא

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

האם מדובר בתאונה דרכים? ☐ כן ☒ לא
 מסירת הודעה למתביע על הפגיעה
 ותאריך מסירת ההודעה

שם מקבל ההודעה	תפקיד	שנה	חודש	יום
ראס בלור		2019	11	10

22.2019.11.10

עמוד 3 מתוך 10

10/6/19

200328359 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לציין הישירות הראשונה להבילת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שיחת רפוא)

מהות החבלה
(לדוגמה: שבר, פצע חתך)

האיבר שנפגע

נזא

חבלה ברגליים וחלקים

יד ורגל ימין, גיד, חבלה

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

איכאוב

יום אחד

11/10/19
שעה

19/10/19
שנה חודש יום

קופת חולים שבה אתה חבר

האם סבלו בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☒ לא ☐ כן

פרט

☒ כללית ☐ לאומית

☐ מכבי ☐ מאחדות

☐ אחר

פרטי הרופא המטפל

שם הרופא

סלפון המרפאה

כתובת המרפאה

תחום המומחיות

שבה טופלת או אנו מטופל

37 תל אביב (רפוא)

5

סימן בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המסייע: ☒ ע"ד ☐ חברת מינוש זכויות ☐ יד מכונות ☐ בית חולים

שם הגוף המסייע או המסייע: ע"ד אוראל פרייבך

6

פרטים על תאונת דרכים

מספר התיק במשטרה

486484/2019

סימל בולטת
תחנת משטרה ב-

2 fmk

האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?

☒ כן ☐ לא

(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

☒ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

☐ מסע ברכב

☐ הולך רגל

האם נפגעת בהותך

9193155531

☒ אופנוע

☐ סרקסור

☐ פרטי

סוג הרכב הנעורב

מספר רישוי

פרט

☐ מלגזה

בתאונה

לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב

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

☐ רכב ציבורי

☐ אחר

הרכב בבעלות

ומספר הקו

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

פרטי הנרג

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

מסעים נוספים ברכב:

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון

מס' פליסה

שם חברת הביטוח

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ כן ☐ לא

מהודעת לחברת הביטוח

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

שם הע"ז המטפל

כתובת

דואר אלקטרוני

פקס

טלפון

מס' תיק אזרחי

המחוז בעיר

השלום

התביעה הוגשה בבית המשפט

פרטים על תאונה בנזיקין

7

סוג התאונה בנזיקין ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרגה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה במעל חיים ☐ אחר

☐ תאונה בגנין ☐ שם האתר ☐ שם הקבלן המבצע

האם הגשת או אתה מוזמן להגיש תביעת נזיקין או סיועיים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד ☐ שם שרר הדין המטפל

כח בתי ☐ מס' סלפון

מס' פקס ☐ דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר ☐ מס' זניק אזורי

פירוט העיסוקים

8

לפני הפגיעה

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

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת ☐ נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמסד לביטוח לאומי (בגין אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה

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

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
10	10	10	20	09	19

עד שעה			משעה		
שעה	דקה	שנייה	שעה	דקה	שנייה
18	30	00	19	30	00

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

שעות עבודתי במשך ימי או בעבודתי לפני הפגיעה הי:

משעה 9:00-9:30 עד שעה 18:30-19:30

☐ עבודה במשמרת

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 המראות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במעד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל)

היך בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כותבת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה *

10

פרטי חשבון הבנק של החובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אנבקש להעביר לחשבוני ספרתי ושומים מסה:

שמות בעל החשבון

קרן גרינבלט

שם הבנק _____ שם הסניף / מוזכרו _____ מס' סניף _____ מספר חשבון _____
 021404543 855

לחבר קיימץ או מושב שיתופי אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיימץ/המושב ☐ לחשבון הפרטי
 אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרשות, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד
 לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של
 משכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק נפי
 הצהרת לעיל ושהבנק הנ"ל/או עבד מטעמו ימסור למוסד את המדע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק
 שמסרת 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 25/11/2019 חתימת מקבל התשלום * קרן גרינבלט

11

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

☐ עיזול נכה 100% ☐ פטור חלקי *

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרת בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נזקים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר מרמז במרמה או בודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דים קנס ספי או מאסר, ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכויות 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.

תאריך 25/11/2019 חתימת התובע * רון זינגר
פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קדמה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט ☐ דואר אלקטרוני	
מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כ ☐ לא אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: יפיו כח, או אפסחכסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה. אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה			מספר זהות

נא ציין את מספר תעודת זהות 200328359 ותאריך הפגיעה 2012/08/12
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עזמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

13

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: רח' הירק 36 ת"א
שעת הפגיעה: ~930
המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: המלל 5 ת"א
האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☒ לא ☐ כן ☐ בדרך כלל מועסק ב...
האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן
1. שם ת.ז.
2. שם ת.ז.
תפקיד הנפגע במפעל
מטרת יציאתו מחוץ למפעל
שם העובד שנתן לתובע את ההוראה ליציאת
שעת היציאה
שעת החזרה הצפויה
תאונה בבניין: שם האתר שם הקבלן הראשי שם הקבלן המבצע
פגיעה בדרך לעבודה: ☐ כן ☐ לא
באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? איזו משמרת? הכתובת שבה היה אמור לעבוד?
☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☒ לא
הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

שם המפעל / המעסיק
מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
צ'ק פוינט סכנוולוגיות בע"מ
תאריך תחילת עבודה: 12-08-2012
מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי
היקף המשרה ב-%: 100%
מספר ימי העבודה בשבוע: 5
אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות
ממתי עד מתי נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבר 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

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעמרים שולם השכר	השכר הוא		שכר בחטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח
		יומי	חודשי	
חודש 08/2019	25.00	☒	☐	29488
חודש 09/2019	25.00	☒	☐	28974
חודש 10/2019	25.00	☒	☐	28872
חודש		☐	☐	

העובד שב לעבודה בתאריך 2012/08/12
האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למעט הפגיעה בשבדה? נא לפרט
העובד ממשיך להימסר על עבדי המפעל: ☒ כן ☐ לא
העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: 2012/08/12 סיבת הפסקת העבודה: חתימת המעסיק
שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: חלל
חתימת המעסיק: 2012/08/12 שם ותפקיד החותם: חלל חתימה וחזותמת: חלל

14/11/19

נא ציין את מספר תעודת זהות 200328359 ותאריך הפגיעה

פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/הקדמי מחלה

15

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

4799

☒ 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 הקדמי מחלה

(שם הקדמי)

הצהרת המעסיק

16

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בסופם התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו. פרט ל: נא לפרט את ההסתייגות, אם ישנה, בעת הפגיעה.

מאיר האלוף הע"ה הכנסה בלוי סה' חלוצה

טלונה צדיק ארבל

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

תאריך תפקיד החותם שם החותם חתימה וחתימת *

צ'ק פוינט
טכנולוגיות תוכנה בע"מ
ח.פ. 520042821

פרטים משלימים לתעסוקה מאושרת

17

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

תעסוקה מאושרת לפי תענה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך עד תאריך ושילמנו לו דמי פגיעה נחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

תעסוקה מאושרת לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

ציבוע:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

חתימת המעסיק וחתימת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 200328359 ותאריך הפגיעה 10/11/2019 עמוד 10 מתוך 10

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	60
מספר זהות/דרכון	200328359
תאריך הפגיעה	10/11/2019
שם פרטי	קין
שם משפחה	זינב
חבר בקופת חולים	
כלית ☒ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר ☐	

הצהרה

2

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

תאריך 25/11/2019 חתימת המבוטח * קין זינב

מועד הנפקת הדו"ח: 11.04.2019

דיווח שנתי למבוטח בביטוח בריאות

ריכוז נתונים אישיים למבוטח			
שם המבוטח: גרינבלט קרן	מספר תעודת זהות: 200328359	מספר טלפון: 0545450340	
כתובת למשלוח דואר: הירדן 15 רמת גן	כתובת דואר אלקטרוני: kerennn17@gmail.com		

באפשרותך לעדכן את פרטיך האישיים בחשבונך האישי באתר החברה או בטלפון *2735. לשינוי פרטים בחשבונך האישי לחץ כאן

ריכוז פרטי ותנאי הפוליסות הקיימות והפעילות למבוטח קרן גרינבלט ת.ז. 200328359 בחברת הראל לשנת 2018							
שם הביטוח	סוג הביטוח	מספר הפוליסה	תאריך תחילת תקופת הביטוח	תום תקופת הביטוח	סטטוס הפוליסה	החרגות לכיסוי	*סכום ביטוח בש"ח במוצרי פיצוי
מוות מתאונה אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	02/06/2011	גיל 80	פעילה	אין	78,358
תיאור הביטוח - פיצוי במקרה מוות כתוצאה מתאונה.							
פגיעה באברים אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	02/06/2011	גיל 80	פעילה	אין	78,358
תיאור הביטוח - פיצוי חד פעמי במקרה של נכות מתאונה.							
שברים וכוויות אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	02/06/2011	גיל 80	פעילה	אין	15,672
תיאור הביטוח - פיצוי חד פעמי במקרה של שברים וכוויות מתאונה.							
אשפוז מתאונה אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	02/06/2011	גיל 80	פעילה	אין	157
תיאור הביטוח - פיצוי בגין אשפוז עקב תאונה.							
סיעוד אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	02/06/2011	גיל 80	פעילה	אין	15,672
תיאור הביטוח - פיצוי חד פעמי בגין מצב סיעודי שארע עקב תאונה.							
כיסויים נוספים אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	01/06/2011	גיל 80	פעילה	אין	
תיאור הביטוח - שירותים רפואיים נוספים.							
ביטול חריג דו גלגלי וטרקטור	תאונות אישיות	897193858	02/06/2011	גיל 80	פעילה	אין	
תיאור הביטוח - ביטול חריג דו גלגלי וטרקטור בתוכנית אמצע החיים							

*תדירות תשלום סכום הביטוח (יומי/שבועי/חודשי/חד פעמי) הינה כמפורט בפוליסת הביטוח שברשותך.

מחיר הביטוח החודשי למבוטח: קרן גרינבלט הנתונים מתייחסים לחודש דצמבר לשנת הדיווח לידיעתך! במשכונ הבריאות כאתר משרד האוצר ניתן להשוות את מחירי הכיסויים בחברות הביטוח השונות									
שם הביטוח	סוג הביטוח	פוליסה	מחיר ביטוח חודשי לפני הנחה/תוספת חיתומית בש"ח	תוספת בגין מצב רפואי/עיסוק ב-%	הנחה ב-%	יתרת תקופת ההנחה	מחיר ביטוח חודשי בש"ח	סה"כ עלות הביטוח השנתי בש"ח	מחיר הביטוח הצפוי מדרגת הגיל האחרונה
מוות מתאונה אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	8.65	אין	15.00	כל החיים	7.35	87.34	7.35
פגיעה באברים אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	8.65	אין	15.00	כל החיים	7.35	87.34	7.35
שברים וכוויות אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	3.74	אין	15.00	כל החיים	3.18	37.80	3.18
אשפוז מתאונה אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	7.94	אין	15.00	כל החיים	6.75	80.25	6.75
סיעוד אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	1.25	אין	15.00	כל החיים	1.06	12.60	1.06
כיסויים נוספים אמצע החיים	תאונות אישיות	897193858	0.00	אין	אין	אין	0.00		0.00
ביטול חריג דו גלגלי וטרקטור	תאונות אישיות	897193858	9.34	אין	אין	אין	9.34	110.98	9.33
סה"כ עלות כלל הביטוחים בש"ח לשנת 2018 עבור קרן גרינבלט:									416.31

כתובת אתר האינטרנט של החברה	כתובת דואר אלקטרוני של החברה	טלפון של מחלקת שירות לקוחות	כתובת אתר האינטרנט של החברה
www.harel-group.co.il	polisotbs@harel-ins.co.il	03-7547010	ת.ד. 1951 רמת גן 5211801
		*2735	

ריכוז הפוליסות שלך/במשפחתך לשנת 2018, נכון ליום 31.12.2018

הדו"ח הופק ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ, לפי מדד-שפורסם ביום 14.12.2018

לחשומת לבך, התחייבות החברה נקבעת אך ורק על פי תנאי הפוליסה ולא על פי דו"ח זה.

הבהרות לגבי מבנה הדיווח השנתי
ניתן למצוא באתר האינטרנט של
הראל בכתובת -
www.harel-group.co.il/F4Y2MY

גרינבלט קרן - פוליסת פרט מספר 897193858

סוג המוצר	שמות המבוטחים	עלות שנתית בש"ח
תאונות אישיות	קרן	416.31

סה"כ עלות שנתית עבור מוצרי ביטוח בריאות לשנת 2018 הינה 416.31 ש"ח.

* בפוליסה לביטוח קבוצתי שהגבייה מבוצעת באמצעות בעל הפוליסה, מחיר הביטוח המוצג לעיל הינו מחיר הביטוח על פי תנאי הפוליסה. ביתר הפוליסות המחיר המוצג הינו על פי הפרמיה שהתקבלה בפועל.

**רוצה לדעת יותר? הכנס לחשבון האישי המקוון שלך באתר האינטרנט של החברה
באפשרותך לראות את כל הכיסויים הקיימים לך בכל חברות הביטוח באמצעות כניסה להר הביטוח**

סה"כ מחיר הביטוח בע"ח ששולח כמהלך שנת 2018													
מספר פוליסה	ינואר	פברואר	מרץ	אפריל	מאי	יוני	יולי	אוגוסט	ספט'	אוקט'	נובמבר	דצמבר	סה"כ
897193858	34.51	34.54	34.37	34.40	34.51	34.64	34.81	34.85	34.85	34.88	34.92	35.02	416.30
סה"כ	34.51	34.54	34.37	34.40	34.51	34.64	34.81	34.85	34.85	34.88	34.92	35.02	416.30

* בפוליסה לביטוח קבוצתי מחיר הביטוח המוצג לעיל הינו מחיר הביטוח על פי תנאי הפוליסה. ביתר הפוליסות המחיר המוצג הינו על פי הפרמיה שהתקבלה בפועל

לא צפויים שינויים מהותיים בשנת 2019 במחירי הביטוח או בתנאי הביטוח, בפוליסת בריאות פרט מעבר למצוין בדף פרטי הביטוח או בתנאי הפוליסה.

מספר הפוליסה	שם הסוכן/סוכנות	פרטי התקשרות
897193858	רמי ש. סוכנות/בריאות	036838888

רוצה לדעת יותר? הכנס לחשבון האישי המקוון שלך באתר האינטרנט של החברה באפשרותך לראות את כל הכיסויים הקיימים לך בכל חברות הביטוח באמצעות כניסה להר הביטוח

מידע למבוטח/ת:

כללי

1. לצורך ייעול ושימור השירות הניתן על ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מ"הראל", יופיעו גם ב"איזור האישי" שלך שבאתר החברה.
2. לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.
3. תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב: סכומי הפיצוי וההחזרים הכספיים לניתוחים שיבוצעו שלא בהסכם אם מוסכים בפוליסת הביתוחים שברשותך, מפורסמים לנוחיותכם באתר האינטרנט של החברה. לנוחיותכם הניתוחים סווגו לקבוצות. לכל קבוצה סוג תשלום, נקבע מחיר אחיד המשקף ומוצמד למחיר ההסכם בישראל.
- כל שקיימים סכומי ביטוח מרביים הנקובים בדולרים הם יומרו לשקלים חדשים על פי השער היציג בתאריך תחילת הביטוח והיום צמודים למדד המחירים לצרכן החל ממועד זה.
4. לתשומת ליבך, אם מלבד לפוליסת ביטוח בריאות זו, הינך מבוטח בפוליסת בריאות נוספת וכן אם באמצעות חברתנו, הראל חברה לביטוח בע"מ, ובין באמצעות חברת ביטוח אחרת) אנו ממליצים כי תבחן את מבחן הכיסויים בפוליסת השונוה שהינך מבוטח בהן ואת היקפם ואת קיומה האפשרי של כפילות בין הכיסויים השונים, ואף תיוועץ במידת הצורך בסוכן/יועץ הביטוח, על מנת לוודא שהכיסוי הביטוחי שרכשת מתאים למיטב צרכיך וצרכי משפחתך.
5. ככל שקיימת בפוליסה בה הנך מבוטח תניית שיפוט, הרינו להודיעך, כי על אף המצוין בפוליסה, המגבלה בנושא קביעת סמכות השיפוט נכונתה לבית משפט מסוים, לא תחול.
6. עבור כיסויים המכילים רכיב נכות עקב תאונה או מחלה, על אף האמור בסעיף ההתיישנות בפוליסה, אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.
7. רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו.
- ככל שאינך מעוניין כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il.
- לדעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
- שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, תחול על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו לגבי כל הפוליסות שלך בהראל.
8. מקדמות בהחזר הוצאות - בפוליסה שלפיה זכאי המבוטח לקבל החזר של הוצאות רפואיות או הוצאות תיקון של רכוש שניזוק ייקבע כי המבוטח זכאי לקבל מהמבטח לפי דרישתו התחייבות כספית שתאפשר לו לקבל את השירות הרפואי או שירות התיקון, וזאת על חשבון הכספים שיגיעו לו על פי הפוליסה.
9. הבהרה לזמן השירות הצבאי - יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת.

תרופות

10. למבוטחים להם קיים בתוכנית הביטוח כיסוי לתרופות: ככל שקיים לך חריג בכיסוי לתרופות לפיו לא ישולמו תגמולי ביטוח במקרה שבו: "המבוטח נושא או ישא נגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש או צהבת לסוגיה השונים", מובהר בזאת כי בכל הקשור לבחינת זכאות תגמולי ביטוח, הראל חברה לביטוח תפעל לפי האמור מטה: לא ישולמו תגמולי ביטוח במקרה של "טיפול תרופתי מניעתי של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כולל מוטציות וואו וריאציות וואו תסמונת דומה אחרת וואו טפול תרופתי מניעתי לצהבת לסוגיה השונים".
11. למבוטחים בכיסוי תרופות בחבילות הבריאות "פרמיים": החל מחודש יוני 2014, ביטוח התרופות שברשותך במסגרת חבילת הפרמיים - נספת 904, שופר. מקרה ביטוח שארע החל מיום 1.6.2014, תקרת סכום הביטוח בגינו תהיה מיליון ש"ח לשנה. בשאר תנאי התוכנית לא חל שינוי. השיפור האמור יחול מבלי שתידרש למלא הצהרת בריאות חדשה (תנאי החיתום החדשים ימשיכו לחול) ללא תוספת פרמיה בגינו. כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בביטוח שברשותך לעומת האמור בנספח התרופות החדש מספר 990, יחייב לעניין זה האמור לטובת המבוטח.

ניתוחים

12. מובהר בזאת, כי הכיסוי לניתוחים בתוכנית המכסה ניתוח פרטי בארץ או בחו"ל (באותה תוכנית), יהיה עד לגובה ההוצאה המשולמת בגין ניתוח בארץ.

מחלות קשות

13. הודעה זו רלוונטית אך ורק למי שברשותו פוליסת ביטוח מחלות קשות הכוללת פיצוי בגין מקרה ביטוח של "התקף לב חריף": בכל הקשור לבחינת פיצוי בסכום קבוע בשל מקרה ביטוח של "התקף לב חריף" (וכהגדרתו בפוליסת מחלות קשות בה הנך מבוטח) שהתרחשה מיום 29 באוגוסט 2013 והילך, הראל חברה לביטוח בע"מ תפעל לפי החלופה המיטבית מבין שתי החלופות הבאות:

- א. בהתאם להגדרת מקרה ביטוח בפוליסה.
- ב. לצורך אבחון קריטריון של עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים בהגדרת מקרה הביטוח, הראל חברה לביטוח בע"מ, במקום קריטריון זה בלבד, תסתמך גם על בדיקה ביוכימית המציינת עליה ברמת טרופונין T וטרופונין I לרמה 1 mg/ml או רמה גבוהה יותר או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה, המבוצעות בבתי החולים. בנוסף לבדיקות הביוכימיות כאמור הראל תדרוש קיומה של אחת משתי האנליזות הבאות: נאכי זהה אופייניים או שינוי באק.ג. האופייניים לאוטם, ובלבד שבית החולים או קרדילוג מומחה קבעו שהמבוטח עבר התקף לב חריף.

השתלות

14. למבוטחים שברשותם תוכנית ביטוח הכוללת כיסוי ביטוחי להשתלות - יובהר כי על פי חוק השתלות אברים, התשס"ח - 2008, פוליסת הביטוח שברשותך כפופה להוראות החוקים והתקנות. למען הסר ספק, יובהר כי סרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:
 - 1) נטילת האיבר והשתלת האיבר בעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
 - 2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באברים.
 כמו כן, יובהר כי האמור לעיל יחול אף במקרה בו קיימת בפוליסת הביטוח שברשותך הוראה הסותרת את הוראות החוק ולפיכך המבטח לא יפעל על מיה - כגון, הוראה לפיה תינתן תמורה לאדם בעבור איבר שניטל מגופו של אדם אחר, או המיועד לנטילה כאמור, והכל בין שהנטילה נעשית בחייו של אדם ובין שהיא נעשית לאחר מותו.

כתבי שירות

15. למבוטחים שברשותם כתב שירות בעת אירוע לב - על מנת לקבל שירות לכיסוי יש לפנות לטלפון: 1-599-500-567.

16. החל מיום 15.1.2018 ספק השירות לכיסוי רפואה משלימה הינו טרגט קר, בטלפון 072-2756606.

ביטוח נסיעות לחו"ל

17. למבוטחים שברשותם פוליסת ביטוח בריאות הכוללת כיסוי ביטוחי מסוג "ברות ביטוח נסיעות לחו"ל", כיסוי זה מאפשר לך לרכוש פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל מסוג "דרכון פרימיום", ללא צורך בהצהרת בריאות חדשה, הכל בהתאם לתנאים ולהוראות הקבועים בפוליסת הביטוח שברשותך. לעיון בתנאי הפוליסה המלאים באפשרותך לפנות לאזור המידע האישי באתר האינטרנט של החברה בכתובת: <https://www.harel-group.co.il>

הסעיפים הבאים מתייחסים לביטוח קבוצתי בלבד:

18. אל אף האמור תחת הכותרת "תום תקופת הביטוח", תאריך תום תקופת הביטוח חל במהלך החודש שצוין תחת כותרת זו והוא צוין בהודעה על ביטול פוליסת הביטוח, אשר נשלחה לביתך.

19. בכיסוי מסוג פיצוי, סכום הביטוח בדוח זה, מוצג נכון ל- 31.12 לשנת הדוח. בעת תביעה, תגמולי הביטוח ישולמו בהתאם לגובה הפיצוי בפוליסה במועד קרות מקרה הביטוח.

20. למבוטחים שברשותם כיסוי "לחיות בריא" - סכום השתתפות העצמית לטיפול ליקויי למידה הופחת והינו 75 ש"ח לטיפול החל מתאריך 01.04.2015.

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה: יחידת בוחנים מחוז תא
תאריך: 18/11/2019
מס' תיק מסוף: 9
טלפון: 03-6802222
כתובת: אמצ' 2, תל אביב
נושא המסמך:

מספר חיק פלא: 486484 / 2019
סיווג תיק: ת.ד.
מס' מסמך: ג
פקס: 03-6803607
מייל: bohanim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 10/11/2019 בשעה 09:35
2. מקום התאונה: תל אביב יפו צומת רחוב הרכבת עם רחוב סלומון בכריש עירוני
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים: הערות מקום:

מספר רכב: 55404301
סוג רכב: פרטי נוסעים
חברת ביטוח: חברת ביטוח
כל:

פרטי הרכב:
תוצר רכב: יונדאי קוראה
מספר פוליסה: 97051971801
סוג לוחית: ישראלית

שיוך המעורב (1): נהג
שם: בן משה
ת.ז: 302565767
כתובת: ת"א - יפו זבולון 29

מעורבים ברכב:
שם: קופ"ח / בית חולים
שנת לידה: 14/10/1989
חומרת הפגיעה: חומרת הפגיעה

מספר רכב: 9935553
סוג רכב: אופנוע
חברת ביטוח: חברת ביטוח
הפול הישראלי:

פרטי הרכב:
תוצר רכב: סאן יאנג טיאן
מספר פוליסה: 20377170026811900
סוג לוחית: ישראלית

שיוך המעורב (1): נהג
שם: קרן גרינבלט
ת.ז: 200328359
כתובת: רמת גן הירדן 15

מעורבים ברכב:
שם: קופ"ח / בית חולים
שנת לידה: 17/02/1988
חומרת הפגיעה: חומרת הפגיעה

4. פרטי הולכי רגל
5. כמות נפגעים: 1
מתאריך: 12/11/2019

פרטי המטפל בתיק
מ"א: 980987
שם משפחה: פרס
שם פרטי: איגור

פרטי השוטף המוסר
מ"א: 900159
דרגה: רסב
שם משפחה: רפאל
שם פרטי: מיכל



דו"ח רפואי (צוות BLS)

תאריך: 10/11/2019

ארוע: 968

מספר טופס: 13218145

פרטים אישיים של המטופל:

ת.ז: 200328359

שם משפחה: גרינבלט

שם פרטי: קרן

מין: נקבה

תאריך לידה: 17/02/1988

גיל: 31.1

: רמת גן, הירדן, 15

מקור זיהוי: תעודה

קופת חולים: כללית

נייד: 0545450340

כתובת האירוע כפי שנמסר ביומן מוקד: תל אביב יפו, הרכבת, 36

אנמנזה:

תלונה עיקרית: חבלה קלה.
תאונת דרכים.

מחלה נוכחית: כבת 31 מתהלכת.
לאחר תאונת דרכים- בדרך לעבודה, תאונה בין רכב לאופנוע, הנ"ל רוכבת אופנוע.
לדבריה- בזמן נסיעה, הרכב פגע בה בצד שמאל וכתוצאה מהפגיעה נפלה על עמוד ברוחב וחבלה בגפיים. שוללת חבלת ראש/עמ"ש/עמ"ש.
כרגע נראים שפשוים קלים בקרסול ובמרפק ימין. ללא נפיחות או דיפורמציה.
מתלוננת על כאבים בצד ימין של הגוף.
מדדים כמפורט, ללא בחילות או הקאות, ללא מצוקה נשימתית, ללא סיפור של אובדן הכרה, מתמצאת וזוכרת את כל פרטי האירוע.
מציינת כי עובר אורח הוריד לה את הקסדה לפי בקשתה וטרם הגעתנו.
מפונה למיון להמשך טיפול.

היסטוריה רפואית:

מחלות עבר: ללא מחלות רקע

מחלות זיהומיות: ללא מחלות מדבקות

תרופות: לא נוטל תרופות

רגישויות: לא ידוע על רגישויות

בדיקות כלליות

אמבולנס מס' 1052 - בדיקה 1		אמבולנס מס' 1052 - בדיקה 2	
09:42		09:56	
ללא בחילות	ללא בחילות	ללא בחילות	ללא בחילות
נושם	נושם	נושם	נושם
18	18	18	18
סדיר	סדיר	סדיר	סדיר
80	80	80	80
מלאה A	מלאה A	מלאה A	מלאה A
תקין	תקין	תקין	תקין
4	4	4	4
בדיקות		בדיקות	
הקאות		הקאות	
נשימות		נשימות	
קצב נשימה		קצב נשימה	
דופק		דופק	
דופק לזקה		דופק לזקה	
הכרה		הכרה	
עור ורירית		עור ורירית	
סרגל סגב		סרגל סגב	

בדיקות עזר

אמבולנס מס' 1052 - בדיקה 1		אמבולנס מס' 1052 - בדיקה 2	
09:42		09:56	
130/90		130/90	
בדיקות		בדיקות	
לחץ דם		לחץ דם	

אבחנה משוערת: חבלה קלה

טיפול

אמבולנס מס' 1052 - בדיקה 1		אמבולנס מס' 1052 - בדיקה 2	
09:42		09:56	
בדיקות		בדיקות	
טיפול שניתן		טיפול שניתן	

פרטי תאונת דרכים:

פרטי התאונה: רוכב אופנוע

הערות

ללא נפגעים נוספים באירוע.
ללא ליווי.
1926- אירוע מ"י.

פרטים נוספים

סטטוס מטופל: קל
המבקש: עובר אורח
המסייעים: משטרה, צוות רפואי אחר, כונן מד"א
מקום האירוע: ברשות הרבים
קוד מבצע: 1052

סטטוס המטופל בסיום האירוע

הכרה: מלאה A
נשימה ספונטנית: נושם
דופק ספונטני: סדיר
לחץ דם: 130/90

יעד פינוי

יעד: בית חולים
שם בית החולים: איכילוב-תל-אב
מחלקה: מלר"ד כירורגי
נמסר ל: לאה

זמנים

קבלה 09:27 : יציאה 09:28 : הגעה 09:39 : מפנה 09:50 : ביעד 10:02 :

אנשי צוות

שם הנהג : רמי מור חתימה :

תאריך ושעת ההדפסה: 16:32 10/11/2019

חסי רפואי

The State of Israel | Ministry of Health
Tel-Aviv Sourasky Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine



רפואה מובילה ואנושית
MEDICAL EXCELLENCE AND COMPASSIONATE CARE

מדינת ישראל | משרד הבריאות
המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסוקף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהלת מחלקה: דר' טרזקי דניאל מ.ר. 1113412	אח/ות אחראית: נטע נגרי גלעם
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: גרינבלט	שם פרטי: קרן	ת.ז.: 200328359
תאריך לידה: 17/02/1988	גיל: 31	טלפון: 054-5450340
מין: נקבה	גורם מממן: כללית	כתובת: הירדן 15 רמת גן 5228128

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 10:04 10/11/2019 מספר מקרה: 12042073

סיכום טיפול במלר"ד: שחרור

שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

מועבר למחלקה
מקבל ההודעה במחלקה

תלונה עיקרית
תאונת דרכים
מחלה נוכחית
תאונת דרכים
אבחנות במיון

• MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT OF UNSPECIFIED NATURE INJURING MOTORCYCLIST (E819.2)

לא ידועה רבישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

נתונים קליניים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
10:57 10/11/2019	108 / 72	65

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
10:57 10/11/2019	108 / 72	65	99

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באוויר חדר
10:57 10/11/2019	108 / 72	65	99

בדיקות דם שכיחות

תאריך ושעה	רוטינה	תפקודי קרישה	רוטינה בטן	גזים בדם	טרופונין
13:24 10/11/2019				בוצע	
11:11 10/11/2019		בוצע	בוצע		בוצע
11:06 10/11/2019	בוצע				

ביצוע תרופות

צורת מינום ומינון	תאריך ושעה	תדירות מהרפואה	תרופה
1000 mg 100 cc (ml)	10/11/2019 11:30	Duration: 0.33 hour Rate: 303.03 cc (ml) / hour Total Volume: 100 cc (ml) Once	IV OPTALGIN INJ 1000 mg/2mL 1000 mg+SODIUM CHLORIDE 0.9% infus 50ml 100 cc (ml)
ומ' 0.5 VAC	10/11/2019 13:24	Once	IM DIPHTERIA-TETANUS PED VAC 0.5 ml

כהן חן

סיכום

בת 31, בריאה בד"כ.

הגיעה לאחר תאונת קטמט, חבשה קסדה, ללא אירוע של איבוד הכרה או הקאות.

לדבריה, נסעה במהירות של 15-20 קמ"ש.

רכב פגע בה מאחור במהירות - 40-50 קמ"ש, היא נפלה על מעקה בטיחות, נפלה על צידה הימני.

A - ג'יב אויר פתוח, מדברת ומשתפת פעולה.

B - מספר משימות תקין לדקה, עליית בית חזה, כניסת אויר תקינה.

C - יציבה המוידמית, ללא סימני דימום חיצוני.

D - בדיקה נורולוגית תקינה, אישונים שווים ומגיבים לאור, GCS-15.

E - שפשוף בבטן תחתונה ימנית, מרפק ימין וכף יד ימין, ללא סימני חבלה נוספים.

#מדדים: ללא חום, דופק 65, ל"ד 108/72, סטורציה שמורה באויר חדר.

#בדיקה גופנית: קולות לב סדירים ולא מחירים, כפיסת אויר טובה ושווה לראות, בטן רכה, ללא רגישות.

עמוד שדרה - ללא רגישות ב-mid-vertebrae ו-para-spinal.

תנועות צווארית שמורה, תחושתיות שמורה.

רגישות קלה ב-upper sternum ו- parasternal.

ישנה רגישות בעת midaxillary line מצד ימין בצלעות 6-7 ומטה. כשק, רגישות למישוש באזור iliac spines מימין.

רגישות בחלק mid thigh באספקט אנטריו-מימין, כשק רגישות sub-patellar מימין באספקט אנטריו-לטרלי.

#מעבדה: המוגלובין 13, לוקוציטוזיס עם נייטרופיליה 11.8, טסיות 278, ללא הפרעות אלקטרוליטיות, ALT 49, CRP 0.26.

#ליק"ג - קצב סיטום - 54, ציר תקין, התקדמות גל R תקינה, ללא סימני איסכמיה חריפה.

CT חזה ובטן - ממאים.

ללא קשרי לימפה מוגדלים בבתי השחי, במיצר או בשערי הראות.

כלי הדם הגדולים במיצר בטווח התקין.

הלב תקין בגודלו, ללא תפליט פריקורדילי.

ללא חזה אויר.

ללא תפליט פלאורלי.

פרנכימת הראות ללא תסנין או תהליך מוקרי.

הכבד תקין בגודל ובמרקם, ללא תהליך מוקרי.

ללא הרחבת דרכי מרה תוך או חוץ כבדיות.

כיס המרה ללא ממצא חריג.

הטחול תקין בגודל ובמרקם.

האדרנלים ללא ממצא פתולוגי.

הלבלב תקין במרקמו ובמבנהו, ללא הרחבת צינור הלבלב.

הכליות תקינות בגודל ובמיקום, מרכזות סימטריות, ללא הידרונפרוזיס.

השופכנים תקינים.

הרטרופרוטומאום ללא הגדלת קשרי לימפה.

האאורטה הבטנית אינה מורחבת.

פיתולי המעי ללא ממצא חריג.

ללא חזל או אויר חופשי בבטן או באגן.

שלפוחית השתן ללא ממצא חריג.

אברי האגן האחוריים ללא ממצא חריג.

הסגנת שומן תת עור בדופן הבטן ימנית תחתונה.

אין עדות לשבר.

לסיכום: ללא עדות לממצא חבלתי באברי חזה, בטן ואגן.

צילום בריך - ללא עדות לבעיה גרמית חריפה.

ללא עדות לבעיה רפואית חריפה שדורשת המשך בירור או טיפול במסגרת אשפוז ולכן משתחררת לביתה במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות:

המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל - יש לגשת עם מכתב זה.

ממונה 5 ימים

משכר סביבים לפי הצורך

בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.

7

סוד רפואי

שם: קרן גרינבלט	ת"ז: 200328359	מקרה:	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
-----------------	----------------	-------	----------------------------

רפואה שלמה.

חופשת מחלה: 5 ימים.

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הוזרן לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

תוצאות מעבדה

3037/10444 - מדבקה: 10/11/1911-08

גזים בדם

תוצאה גרפית	יחידות	ערכי ייחוס	תוצאה	בדיקה
		-	-4	Actual base excess - venous blood
		7.320-7.420	7.355	pH - venous blood
	mmHg	38.0-52.0	39.4	pCO2 - venous blood
		28.0-48.0	30.3	pO2 - venous blood
	mmol/L	19.0-25.0	21.5	HCO3 (Bicarbonate) - venous blood
	mmol/L	23.0-28.0	22.7	tCO2 - venous blood
	%	70-75	62	Saturation O2 - venous blood
	%	0.0-2.0	0.5	Carboxyhemoglobin - blood
	%	0.0-1.5	0.1	Methemoglobin, quantitative - blood
	mmol/L	1.15-1.35	1.26	Calcium, ionized - blood
	mmol/L	-	3	Anion gap - blood
	mmol/L	95.00-105.00	104.00	Chloride, direct - blood
	%	0.0-5.0	37.4	Desoxyhemoglobin - blood
	MGVDL	70-115	74	Glucose, direct - blood
	%	35.0-45.0	36.0	Hct (Hematocrit) - venous blood
	g/dl	12.0-18.0	12.4	Hemoglobin, total - venous blood
	mmol/L	0.50-2.20	0.99	Lactate (lactic acid) - blood
	%	40-70	62	Oxyhemoglobin - blood
	mmol/L	3.50-4.80	3.57	Potassium, direct - blood
	mmol/L	135.00-145.00	124.60	Sodium, direct - blood

34502758 - מדבקה: 10/11/1911-59

תפקודי קרישה

תוצאה גרפית	יחידות	ערכי ייחוס	תוצאה	בדיקה
	Sec	10.03-12.43	10.00	PT, Sec - blood
		0.97-1.19	0.95	PT, INR
	Sec	25.00-34.00	25.10	PTT

43843191 - מדבקה: 10/11/1911-25

כימיה בדם

תוצאה גרפית	יחידות	ערכי ייחוס	תוצאה	בדיקה
	mg/dL	70-110	96	Glucose - blood
	mg/dL	<6-25	10	Urea nitrogen (BUN) - blood
	mmol/L	135.0-146.0	139.0	Sodium - blood
	mmol/L	3.50-5.30	3.77	Potassium - blood
	mmol/L	95-110	106	Chloride - blood
	mg/dL	0.60-1.10	0.55	Creatinine
	mg/dL	<0.1-1.20	0.57	Bilirubin, total - blood
	U/L	<8-35	48	Alanine amino transferase, ALT (GPT) - blood

Prof. Salai Moshe M.D.
Orthopedic Surgeon

פרופ' סלעי משה
מומחה לכירורגיה אורתופדית

3 במאי, 2021

- 1 -

חוות דעת רפואית

אני החתום מטה נותן בזה את חוות דעתי, כמומחה רפואי אורתופדי, לפי מינוי (מתאריך 26.1.21) מאת כבוד השופטת שרון צנציפר הלפמן, בתיק אזרחי 7314-10-20 של בית משפט השלום ברחובות. נתבקשתי על ידי כבוד בית המשפט ליתן חוות דעתי, כמומחה רפואי אורתופדי, לגבי גבי גרינבלט קרן (ת.ז. 200328359) באשר למצבה הרפואי האורתופדי, בעקבות תאונה מתאריך 10.11.19.

ואלה פרטי השכלתי:

- בוגר ביה"ס לרפואה באוניברסיטת תל-אביב, בשנת 1977.
- התמחות אורתופדית בביה"ח ע"ש שיבא בתל-השומר, החל בשנת 1981.
- מומחה לכירורגיה אורתופדית (רישיון מספר 10691), החל בשנת 1989.
- פרופסור מן המניין לכירורגיה אורתופדית בפקולטה לרפואה באוניברסיטת ת"א.
- פרופסור מן המניין לכירורגיה אורתופדית בפקולטה לרפואה באוניברסיטת אריאל בשומרון.
- סגן יו"ר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל.
- מנהל החטיבה האורתופדית במרכז רפואי סוראסקי, בית חולים איכילוב תל-אביב, עד 2020.

חומר רקע:

- בתאריך 11.4.21 בדקתי את גבי גרינבלט קרן.
- בעת הכנת חוות דעת זו חיו לנגד עיני המסמכים הרפואיים הבאים:
- צילומים מתיקה הרפואי בקופת חולים.
- מכתבי שחרור ממיון בי"ח איכילוב מתאריך 10.11.19 וכן מתאריך 13.9.20.
- C.T. חזה ובטן מתאריך 10.11.19.
- צילומי רנטגן לכרך ימין מתאריך 10.11.19, ולע"ש צוואר, גבי ומתני מתאריך 24.11.19.

אנמנזה:

גבי גרינבלט קרן, ילידת 1988, מתכננת, שכירה, ימנית, נפגעה בתאונה בתאריך 10.11.19 כרוכבת אופנוע חובשת קסדה שנפגעה מרכב. היא נבדקה במיון בי"ח איכילוב עקב כאבים ופצעי שפשוף בגו ובגפיים. טופלה ע"י מנוחה ופיזיותרפיה ולא עבדה כחודש. בתאריך 13.9.20 נבדקה במיון עקב כאבי גב תחתון.

Prof. Salai Moshe M.D.
Orthopedic Surgeon

פרופ' סלעי משה
מומחה לכירורגיה אורתופדית

3 במאי, 2021

- 2 -

תלונות נוכחיות:

- לא יכולה לעסוק בספורט כבעבר עבר כאבים בגב.
- כאבים מתגברים בישיבה ועמידה ממושכים ובנשיאת משא.
- קושי בעבודות הבית.
- קושי בעבודתה מול מחשב שעות רבות.
- כאבים מתגברים בלילה ואז נוקקת לכדורי אופטלגין.
- קושי בחליכה מעל 30-40 דקות.

בדיקה פיזיקלית:

- הולכת ללא צליעה, עולה יורדת מספת הבדיקה ללא מגבלה נראית לעין.
ע"ש צווארי:
- ללא דפורמציה או סטיית ציר. לציין נודולים רגישים בשרירים.
- כוח גס ועדין תחזרים ותחושה שמורים ושווים בגפיים עליונות.
- בשקלול כל תנועות הצוואר קיימת הגבלה קלה מאוד בתנועות ע"ש צווארי.
ע"ש מותני:
- ללא דפורמציה או סטיית ציר.
- מבחני לסג והרמת רגל ישרה שליליים.
- כוח גס ועדין תחזרים ותחושה שמורים ושווים בגפיים תחתונות.
- בשקלול כל תנועות ע"ש מותני קיימת הגבלה קלה מאוד בתנועות בעיקר ביישור.
עומדת היטב על עקבים ובהונות.

בדיקות חדמייה:

תשובות C.T. חזה ובטן מתאריך 10.11.19 – ללא ממצא חבלתי.
צילומי רנטגן לברך ימין מתאריך 10.11.19 וע"ש צווארי, גבי ומותני מתאריך 24.11.19 – ללא ממצא חבלתי.

דיון ומסקנות:

גב' גרינבלט קרן, נפגעה בתאונה, בתאריך 10.11.19 כרוכבת אופנוע וסבלה מחבלת גפיים וגו.
מתלוננת כיום על כאבים בצוואר ובגב תחתון.
לא מצאתי בחומר הרפואי שבידי רישומים על פגיעה דומה עובר לתאונה ולכן אני מייחס את תלונותיה וממצאי בדיקתי לתאונה נשוא חו"ד זו.
בבדיקתה, בשקלול התנועות במישורים השונים מצאתי הגבלה קלה מאוד בתנועות, ללא חסר נוירולוגי או ממצא חבלתי בהדמייה.

Prof. Salai Moshe M.D.
Orthopedic Surgeon

פרופ' סלעי משה
מומחה לכירורגיה אורתופדית

3 במאי, 2021

- 3 -

לאור כל האמור לעיל הנני מעריך את נכותה האורתופדית הצמיתה של גב' גרינבלט קרן בעקבות תאונה מתאריך 10.11.19 בשיעור של:

5% (חמישה אחוזים), בהתאמה לפי סעיף 37 (5) א' לקובץ תקנות הביטוח הלאומי לפי החסבר הבא: עקב הגבלה קלה מאוד בתנועות ע"ש צווארי.

וכן:

5% (חמישה אחוזים), בהתאמה לפי סעיף 37 (7) א' לקובץ תקנות הביטוח הלאומי לפי החסבר הבא: עקב הגבלה קלה מאוד בתנועות ע"ש מותני.

אני צופה החמרה בעתיד או צורך בטיפולים רפואיים אורתופדיים או מגבלה לתפקודה ועבודתה.

אני מעריך כי היתת באי כושר למשך כ - 4-6 שבועות וחלקי כ - 50% למשך כ - 2-3 נוספים.

תעודה זו ניתנה על ידי לצורך הגשתה כראיה בבית המשפט. הריני מצהיר בזאת שידועה לי היטב הנראות החוק בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.


פרופ' משה סלעי

פרופ' סלעי משה
מומחה אורתופד
מ.ר. 12797, מ.ר.מ. 10691

בדיקה	תוצאה	ערכי ייחוס	יחידות	תוצאה גרפית
Gamma glutamyltransferase (GGT) - blood	11	6-28	U/L	[- X - - - - -]
CRP (WIDE RANGE)	0.26	<0.03-5.00	mg/L	[- - - - -]
Troponin I - blood השיטה לא מודדת ערכים נמוכים מ 2.5 השיטה שונתה 31.5.18	<2.50	0-50	ng/L	[- - - - -]
Lipase - blood	35	<9-51	U/L	[- - - - -]

11/11/2019 16:13 מקרה: 200328359

ספירת דם

בדיקה	תוצאה	ערכי ייחוס	יחידות	תוצאה גרפית
RBC	4.6	3.8-5.1	10e6/ μ L	[- - - - X - - - -]
Hemoglobin	13.0	11.7-15.5	g/dL	[- - X - - - - -]
HCT	40	35-45	%	[- - - - X - - - -]
MCV	87.4	80.0-96.0	fL	[- - - - X - - - -]
MCH	28.6	26.0-34.0	pg	[- - X - - - - -]
MCHC	32.7	31.0-37.0	g/dL	[- - X - - - - -]
RDW	13.3	0.0-15.0	%	[- - - - - X -]
NRBC/100 WBC	0.0	-	%	
WBC	16.2	4.0-11.0	10e3/ μ L	[- - - - - - - X]
Neutrophils %	72.5	40.0-75.0	%	[- - - - - - X -]
Neutrophils No.	11.8	1.4-6.0	10e3/ μ L	[- - - - - - - X]
Lymphocytes %	18.7	20.0-40.0	%	X [- - - - - - -]
Lymphocytes No.	3.0	1.2-3.0	10e3/ μ L	[- - - - - - - X]
Mono%	7.0	2.0-13.0	%	[- - - - X - - - -]
Monocytes No.	1.1	0.0-1.3	10e3/ μ L	[- - - - - X - -]
Eosinophils %	1.3	0.0-6.0	%	[- X - - - - - -]
Eosinophils No.	0.2	0.0-0.4	10e3/ μ L	[- - - - X - - - -]
Basophils No.	0.1	0.0-0.2	10e3/ μ L	[- - - - X - - - -]
Basophils%	0.5	0.0-1.9	%	[- - X - - - - -]
Platelet, automated count	278	150-450	10e3/ μ L	[- - - - X - - - -]
Mean platelet volume	8.8	7.0-12.0	fL	[- - - - X - - - -]

חתימת אחות משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
סלאמה מראדי	אחות משחררות	10/11/2019 16:13

רפואה משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר מונא נעים מ.ר. 1137065	רופאה משחרר	10/11/2019 15:48

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם

בפנייה חוזרת למיון או בפתק למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



14/12/2020

תאריך :

2020000005029

מספרנו :

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התביעות
לצרכי מז"מ לפשרה בלבד

לכבוד

פרייברג אריאל, ע"ד

אבא הלל 7

רמת גן 0000000

א.ג.נ.

10/11/2019	:	ת"ד מיום
9935553	:	מס. רכב
גריןבלט קרן	:	שם נפגע/ת
אופנוע בבעלות פרטית	:	שם הפוליסה
771700268119	:	מספר פוליסה
גריןבלט קרן	:	שם המבוטח
ביטוח חובה	:	סוג הכיסוי הביטוחי

בהמשך לשיחתנו הטל' מהיום, אמתין לקבלת נתוני השתכרות וכן
 תיעוד רפואי בתחום הפסיכיאטריה, בטרם אוציא התיק להגנה.

בכבוד רב,

נטלי אברהם, ע"ד
 מחלקת תביעות

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	14-12-2020 10:45:19	תאריך ושעה
Pages	2	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

זמן ביצוע הפעולה: 10:55 14/12/2020
מספר תיק: 7314-10-20
סוג בקשה: מתן החלטה
מספר אסמכתא למעקב: 4488652

על המגיש לשמור את מספר האסמכתא לשם קבלת מידע אודותיו
המסמך הועבר לבדיקת מזכירות.

• אם יאושר, יתויק בתיק ומועד ההגשה החוקי יחושב לפי זמן ביצוע הפעולה באתר ולא לפי תאריך האישור במזכירות.
כמו כן, יופק אישור שיוצג בתיקיית תיק נייר.

• אם לא יאושר, תשלח למגיש הודעה על כך. המסמך שמדחה יוצג בתיקיית תיק נייר.

קרון גרינבלט, ת.ז. 200328359

התובעת:

מרחוב הירדן 5, רמת גן

באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

- נ ג ד -

התאגיד המנהל לביטוחי רכב – "הפול"

הנתבעת:

מרחוב האצ"ל 1, ראשון לציון

בקשה לצירוף בקשה למינוי מומחים

1. במסגרת הליכי המו"מ המתנהלים בין הצדדים התברר לח"מ כי בקשה למינוי מומחים אשר הייתה אמורה להיות מוגשת בצוותא עם כתב התביעה לא הוגשה.

2. על כן, מבקשת התובעת לצרף את בקשתה למינוי מומחים רפואיים.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 20/

בבית משפט השלום
ברחובות

קרן גרינבלט - נ ג ד - התאגיד המנהל לביטוחי רכב – "הפול"

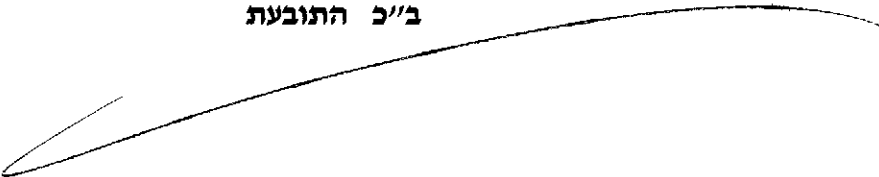
התובעת, קרן גרינבלט, מבקשת למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלה ובנושא דרכי שיקומה בתחום האורתופדי, בתחום רפואת הכאב, בתחום כירורגית בית החזה, ובתחום הפסיכיאטרי, לשם מתן חוות דעת.

התובעת מודיעה כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגעה, טופלה במסגרת בית החולים איכילוב, בתל אביב ובמסגרת קופת החולים כללית.

העתקי סיכום מחלת התובעת מתוך תיק המוסד הרפואי שבו היא מטופלת מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובעת ושיש בהם ראיה על הנכות שהיא טוענת לה.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובעת



4.5.21

מ.ל.ב.
לצרכי פשרה בלבד!

לכבוד
 נטלי אברהם, עו"ד
 המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון: קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
 מס' תביעה: 2020000006029

1. חוות דעת פרופ' סלעי אשר מונה בהחלטת בית המשפט התקבלה אתמול (3.5.21) במשרדי (העתקה רצ"ב).
 2. כפי שציינתי בשיחותנו הקודמות, מרשתי עומדת על טענתה בדבר נכות בתחום הפסיכיאטרי. ככל והמו"מ לא יצלח תוגש בקשה למתן החלטה בבקשה למינוי מומחים.
 3. פרופ' סלעי קבע כדלקמן:
 - א. 5% בגין הגבלה קלה מאוד בתנועות עמ"ש צווארי.
 - ב. 5% בגין הגבלה קלה מאוד בתנועות עמ"ש מותני.
 - סה"כ נכות צמיתה: 9.5%
 - ג. עוד קבע פרופ' סלעי אי כושר מלא למשך 4-6 שבועות ואי כושר בשיעור של 50% למשך 2-3 שבועות נוספים.
 4. שכרה ברוטו הינו בשיעור של 29,000 ₪ ובניכוי מס 22,700 ₪ בממוצע לחודש (רצ"ב תלושי שכר).
 5. התובעת ילדת 17.2.88.
 6. לצרכי פשרה בלבד אסכים לוותר על הפסדי שכר לעבר. כאן המקום לציין כי מחמת התאונה ותוצאותיה נעדרה מרשתי מעבודתה בהתאם לתעודות מחלה. התאונה לא הוכרה ע"י המל"ל ולא שולמו לה דמי פגיעה.
 7. לצרכי פשרה בלבד, ועל מנת לייתר את הצורך בניהול ההליך ומינוי מומחים נוספים אוכל להמליץ בפני מרשתי על פיצוי על פי התחשיב להלן.
- הפסדי שכר לעתיד – 22,700 ₪ X 9.5% X 255.57 (מקדם היוון 34 שנים) – 551,136 ₪

הפסדי בתקופת הפנסיה – 68,892 ₪.

עזרת הזולת, נסיעות לטיפולים ורכישת תרופות לשיכוך הכאב – 40,000 ₪ .

כאב וסבל - 17,541 ₪ .

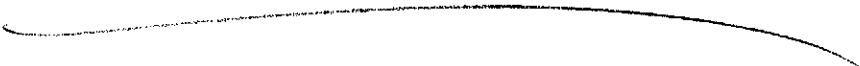
סה"כ – 677,569 ₪

שכ"ט עו"ד בתוספת מע"מ – 87,203 ₪

8. אודה לעיונכם ולקבלת הצעתכם העניינית והמקסימלית.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



צ'ק פוינט טכנולוגיות בע"מ, הסוללים 5 תל אביב - יפו 6789705
 תיק ניכויים: 939476198 חברה: 520042821
 מחלקה: secure cloud product 11354
 תלוש שכר לחודש: ספטמבר 2020

נאמן למקור



גרינבלט קרן 3754
 בן יהודה 175 דירה 405
 תל אביב - יפו 6347207
 secure cloud product 11354
 רפרנט משאבי אנוש yael nir
 תפקיד software developer

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בשי"ח
סך-כל התשלומים	29,000.00
ניכויי חובה-מסים	9,345.00
קופות גמל	2,320.00
שכר נטו	17,335.00
קופות גמל רשות	80.31
ניכויי רשות	4,350.00
נטו לתשלום	12,904.69

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
64542706	816	10

תעריפים

תיאור	סכום
תעריף יום	1,318.18
תעריף שעה	159.34

נתונים נוספים

נתונים אישיים	מספר זהות
מצב משפחתי	200328359
תאריך לידה	17/02/1988
קופת-חולים	כללית
ביטוח לאומי	רגיל
מס הכנסה	מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה	תחילת עבודה
הסכם	12/08/2012
מעמד	global
נתונים חודשיים	גלובלי
ברוטו למס הכנסה	29,603
אחוז מס שולי	35%
נקודות זיכוי	2.75
ברוטו לב לאומי	29,603

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל	266,583
ברוטו לא קבוע	60,321
ברוטו שנים קודמות	16,800
שווי למס	22,258
שווי כסף נטו	500
גילום מס	330
גילום ב.ל.	113
מס רגיל	57,033
מס על ברוטו לא קבוע	21,113
מס שנים קודמות	5,880
הכנסה לא מבוטחת	68,847
ניכוי לסעיף 45	16,548
ערך נקודות זיכוי	5,420
הכנסה חייבת במס	344,647
שכר חייב ב.ל.	344,647

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
25	25	25	25	25	25
07	08	09			סייה
25	25	25			225

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
001	שכר בסיס	22,640.00				
002	ש.נ.ס. גלובליות	5,660.00				
004	נסיעות-הוצאות	700.00				
	סה"כ תשלומים בגין משרה	29,000.00				
סמל	תיאור	תעריף	אחוז	כמות	סכום הזכיפה	סכום הגילום
434	ש. ביטוח בריאות	13.24				
489	קה"ש מעל תיקרה	561.60				
1499	שווי אכ"ע	28.45				
	סה"כ זקיפות שכר	603.29				
	סה"כ תשלומים	29,000.00				

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
6,331.00	1,654.00	1,360.00			9,345.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	אחוז הפרשה	הפרשת מעסיק	אחוז הניכוי	סכום הניכוי
011	מקפת אישית	קצבה שכיר-תג		20,300.00	6.50	1,319.50	6.00	1,218.00
011	מקפת אישית	פיצויים		20,300.00	8.33	1,690.99		
033	מגדל קצבה	קצבה שכיר-תג		8,700.00	5.90	513.30	6.00	522.00
033	מגדל קצבה	פיצויים		8,700.00	8.33	724.71		
073	מגדל אכ"ע	אכ"ע עבודה		29,000.00	60	174.00		
206	אלטשולר שחם	קרן השתלמות	6182167	23,200.00	7.50	1,740.00	2.50	580.00
	סה"כ קופות גמל					6,162.50		2,320.00
390	קופות רשות	ב.בריאות פנקס				13.24		80.31
	סה"כ קופות רשות					13.24		80.31
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל					6,175.74		2,400.31

ניכויי רשות

סמל	תיאור הניכוי	כמות	מתאריך	תקופה/מספר פעמים	יתרה	מצטבר	סימוכין	סכום הניכוי
630	ניכוי espp						15.0%	4,350.00

סה"כ ניכויי רשות

4,350.00

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	220,640.00	16,548.00	5,942.40	7.50
תגמולים לקצבה	275,799.97	17,540.82		6.36

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	22.00	23.97	1.84	-50	16.50	7.00	26.31
מחלה	18.00	40.99	1.50	5.00	13.50	24.00	37.49

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	2.25
אישה	0.50

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע חישוב השכר : מ-01/09/20 עד 30/09/20
התקופה בעדה בוצע ניתוח הנוכחות : מ-01/09/20 עד 30/09/20
בתקופת ניתוח הנוכחות 20 ימי עבודה שבהם 176.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 12 ימי עבודה שבהם 108.00 ש"ע בפועל
ותק אצל המעסיק 8 שנים 2 חודשים
שכר לקצבה 29,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 29,000
שכר לקרן השתלמות 23,200
סך כל הניכויים: 16,095.31 ש"ח
שכר מינימום : לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

תעריף יום ושעה כוללים תשלום בגין נסיעות. מדיניות צבירת ימי חופש : מספר ימי החופש האפשרי לצבירה לא יעלה על 45 ימים. יתרת ימי חופש מעבר למספר זה תמחק באופן אוטומטי על בסיס חודשי. לפרטים נוספים אנא הכנסו לפורטל הארגוני.

צ"ק פוינט טכנולוגיות בע"מ, הסוללים 5 תל אביב - יפו 6789705
 תיק ניכויים: 939476198 חברה: 520042821
 מחלקה: secure cloud product 11354
 תלוש שכר לחודש: אוקטובר 2020

נאמן למקור



גרינבלט קרן 3754
 בן יהודה 175 דירה 405
 תל אביב - יפו 6347207
 secure cloud product 11354
 רפרנט משאבי אנוש yael nir
 תפקיד software developer

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בשי"ח
סך-כל התשלומים	29,000.00
ניכויי חובה-מסים	9,346.00
קופות גמל	2,320.00
שכר נטו	17,334.00
קופות גמל רשות	80.31
ניכויי רשות	4,350.00
נטו לתשלום	12,903.69

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
64542706	816	10

תעריפים

תיאור	סכום
תעריף יום	1,318.18
תעריף שעה	159.34

נתונים נוספים

נתונים אישיים	מספר זהות
מצב משפחתי	200328359
תאריך לידה	17/02/1988
קופת-חולים	כללית
ביטוח לאומי	רגיל
מס הכנסה	מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה	התחלת עבודה
הסכם	global
מעמד	גלובלי
נתונים חודשיים	ברוטו למס הכנסה
אחוז מס שולי	29,603
נקודות זיכוי	35%
ברוטו לב לאומי	2.75
	29,603

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
תשלומים בגין משרה						
001	שכר בסיס					22,640.00
002	ש.נ.ס. גלובליות					5,660.00
004	נסיגות-חג גלובליות					700.00
	סה"כ תשלומים בגין משרה					29,000.00
סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום חגילים
434	ש. ביטוח בריאות					13.24
499	קפ"ש מעל תיקרה					561.60
1499	שווי אכ"ע					28.45
	סה"כ זקופות שכר					603.29
	סה"כ תשלומים					29,000.00

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	תפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
6,332.00	1,654.00		1,360.00		9,346.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	אחוז הפרשה	הפרשת מעסיק	אחוז ניכוי	סכום ניכוי
קופות גמל								
011	מקפת אישיות	קצבה שכר-תג		20,300.00	6.50	1,319.50	6.00	1,218.00
011	מקפת אישית	פיצויים		20,300.00	8.33	1,690.99		
033	מגדל קצבה	קצבה שכר-תג		8,700.00	5.90	513.30	6.00	522.00
033	מגדל קצבה	פיצויים		8,700.00	8.33	724.71		
073	מגדל א.כ.ע	א.כ.ע עבודה		29,000.00	6.00	1,740.00		
206	אלטשולר שחם	קרן השתלמות	6182167	23,200.00	7.50	1,740.00	2.50	580.00
	סה"כ קופות גמל					6,162.50		2,320.00
קופות רשות								
390	ב.בריאות פניקס					13.24		80.31
	סה"כ קופות רשות					13.24		80.31
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל					6,175.74		2,400.31

ניכויי רשות

סמל	תיאור הניכוי	כמות	מתאריך	תקופה/ מספר פעמים	יתרה	מצטבר	סימוכין	סכום הניכוי
630	ניכוי espp						15.0%	4,350.00
	סה"כ ניכויי רשות							4,350.00

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	243,840.00	18,288.00	6,504.00	7.50
תגמולים לקצבה	304,799.97	19,373.62		6.36

סכומים מצטברים לשנת המס

296,186	ברוטו רגיל
60,321	ברוטו לא קבוע
16,800	ברוטו שנים קודמות
22,861	שווי למס
500	שווי כסף נטו
330	גילום מס
113	גילום ב.ל.
63,365	מס רגיל
21,113	מס על ברוטו לא קבוע
5,880	מס שנים קודמות
69,450	הכנסה לא מבוססת
18,288	ניכוי לסעיף 44א 35%
6,023	ערך נקודות זיכוי
374,250	הכנסה חייבת במס
374,250	שכר חייב ב.ל.

יחידות מס

06	05	04	03	02	01
25	25	25	25	25	25
10	09	08	07		
250	25	25	25	25	25

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	2.25
אמשה	0.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	22.00	26.31	1.83	2.00	18.33	9.00	26.14
מחלה	18.00	37.49	1.50		15.00	24.00	38.99

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע חישוב השכר : מ-01/10/20 עד 31/10/20
התקופה בעדה בוצע ניתוח הנוכחות : מ-01/10/20 עד 31/10/20
בתקופת ניתוח הנוכחות 21 ימי עבודה שבהם 189.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 19 ימי עבודה שבהם 170.87 ש"ע בפועל
ותק אצל המעסיק 8 שנים 3 חודשים
שכר לקצבה 29,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 29,000
שכר לקרן השתלמות 23,200
סך כל הזיכויים 16,096.31 ש"ח
שכר מינימום : לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

* תעריך יום ושעה כוללים תשלום בגין נסיעות. * מדיניות צבירת ימי חופש : מספר ימי החופש האפשרי לצבירה לא יעלה על 45 ימים. יתרת ימי חופש מעבר למספר זה תמחק באופן אוטומטי על בסיס חודשי. לפרטים נוספים אנא הכנסו לפורטל הארגוני.

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בשי"ח
סך-כל התשלומים	29,000.00
ניכויי חובה-מסים	9,357.00
קופות גמל	2,320.00
שכר נטו	17,323.00
קופות גמל רשות	82.01
ניכויי רשות	4,359.00
נטו לתשלום	12,881.99

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
64542706	816	10

צ'ק פוינט טכנולוגיות בע"מ, הסוללים 5 תל אביב - יפו 6789705
 תיק ניכויים: 939476198 חברה: 520042821
 מחלקה: secure cloud product 11354
 תלוש שכר לחודש: נובמבר 2020



גרינבלט קרן 3754
 בן יהודה 175 דירה 405
 6347207 יפו - יפו
 secure cloud product 11354
 רפרנט משאבי אנוש yael nir
 תפקיד software developer

תעריפים

תיאור	סכום
תעריף יום	1,318.18
תעריף שעה	159.34

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות: 200328359
מצב משפחתי: רווקה
תאריך לידה: 17/02/1988
קופת-חולים: כללית
ביטוח לאומי: רגיל
מס הכנסה: מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה: 12/08/2012
הסכם: global
מעמד: גלובלי
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה: 29,629
אחוז מס שולי: 35%
נקודות זיכוי: 2.75
ברוטו לב לאומי: 29,629

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל	325,815
ברוטו לא קבוע	60,321
ברוטו שנים קודמות	16,800
שווי למס	23,490
שווי כסף נטו	500
גילום מס	330
גילום ב.ל.	113
מס רגיל	69,705
מס על ברוטו לא קבוע	21,113
מס שנים קודמות	5,880
הכנסה לא מבוטחת	70,079
ניכוי לסעיף 45א	20,028
ערך נקודות זיכוי	6,625
הכנסה חייבת במס	403,879
שכר חייב ב.ל.	403,879

יחידות מס

06	05	04	03	02	01
25	25	25	25	25	25
11	10	09	08	07	06
275	25	25	25	25	25

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
001	שכר בסיס					22,640.00
002	ש. נוס. גלובליות					5,660.00
004	נסיעות-חוץ נלוות					700.00
	סה"כ תשלומים בגין משרה					29,000.00
סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום הגילום
425	שווי ארוחות		25.50		1.00	25.50
434	ש. ביטוח בריאות					13.23
499	קה"ש מעל תיקרה					561.60
1499	שווי אכ"ע					28.45
	סה"כ זקיפות שכר					628.78
	סה"כ תשלומים					29,000.00

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכוי חובה
6,340.00	1,656.00		1,361.00		9,357.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	אחוז הפרשה	הפרשת מעסיק	אחוז הניכוי	סכום הניכוי
011	מקפת אישית	קצבה שכיר-תג		20,300.00	6.50	1,319.50	6.00	1,218.00
011	מקפת אישית	פיצויים		20,300.00	8.33	1,690.99		
033	מגדל קצבה	קצבה שכיר-תג		8,700.00	5.90	513.30	6.00	522.00
033	מגדל קצבה	פיצויים		8,700.00	8.33	724.71		
073	מגדל א.כ.ע	א.כ.ע עבודה		29,000.00	.60	174.00		
206	אלטשולר שחם	קרן השתלמות	6182167	23,200.00	7.50	1,740.00	2.50	580.00
	סה"כ קופות גמל					6,162.50		2,320.00
390	קופות רשות	ב.בריאות פניקס				13.23		82.01
	סה"כ קופות רשות					13.23		82.01
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל					6,175.73		2,402.01

ניכויי רשות

סמל	תיאור הניכוי	כמות	מתאריך	תקופה/מספר פעמים	יתרה	מצטבר	סימוכין	סכום הניכוי
625	חיוב ארוחות							9.00
630	ניכוי esp							4,350.00
	סה"כ ניכויי רשות							4,359.00

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	2.25
אישה	0.50

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	267,040.00	20,028.00	7,065.60	7.50
תגמולים לקצבה	333,799.97	21,206.42		6.35

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	22.00	26.14	1.83	1.00	20.16	10.00	26.97
מחלה	18.00	38.99	1.50		16.50	24.00	40.49

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע חישוב השכר : מ-01/11/20 עד 30/11/20
התקופה בעדה בוצע ניתוח הנוכחות : מ-01/11/20 עד 30/11/20
בתקופת ניתוח הנוכחות 22 ימי עבודה שבהם 198.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 20 ימי עבודה שבהם 178.75 ש"ע במועל
ותק אצל המעסיק 8 שנים 4 חודשים
שכר לקצבה 29,000 שכר לביטוח אובדן כושר עבודה 29,000
שכר לקרן השתלמות 23,200
סך כל חיובים 16,118.01 ש"ח
שכר מינימום : לחודש 5300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

* תעריף יום ושעה כוללים תשלום בגין נסיעות. * מדיניות צבירת ימי חופש : מספר ימי החופש האפשרי לצבירה לא יעלה על 45 ימים. יתרת ימי חופש מעבר למספר זה תמחק באופן אוטומטי על בסיס חודשי. לפרטים נוספים אנא חכנסו לפרטל הארגוני.

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 04/05/2021 16:34
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	04/05 16:31
FAX NO./NAME	9519141
DURATION	00:02:28
PAGE(S)	11
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, 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.
לצרכי פשרה בלבד!

4.5.21

לכבוד
 נטלי אברהם, עו"ד
 המאגר הישראלי לביטוחי רכב חובה – הפול
באמצעות פקס

ח.נ.,

הנדון : קרן גרינבלט, ת.ז. 200328359
 מס' תביעה: 2020000006029

1. חוות דעת פרופ' סלעי אשר מונה בהחלטת בית המשפט התקבלה אתמול (3.5.21) במשרדי (העתקה רצ"ב).
2. כפי שציינתי בשיחותנו הקודמות, מרשתי עומדת על טענתה בדבר נכות בתחום הפסיכיאטרי. ככל והמו"מ לא יצלח תוגש בקשה למתן החלטה בבקשה למינוי מומחים.
3. פרופ' סלעי קבע כדלקמן:

א. 5% בגין הגבלה קלה מאוד בתנועות עמ"ש צווארי.
 ב. 5% בגין הגבלה קלה מאוד בתנועות עמ"ש מותני.