

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930
22/04/2021
20/1
כהן נ' הפול
20
כהן גבריאל
34949776
22/04/2021

עוסק מורשה:
תאריך:
מספר תיק:
שם תיק:
מספר לקוח:
שם לקוח:
מזהה לקוח:
תאריך הדפסה:

לכבוד
כהן גבריאל
גוש עציון 9
תל אביב - יפו 6772032

חשבונית-מס/קבלה 930 Tax Invoice/Receipt

Taxable במע"מ		Exempted מע"מ	
Fees	4,517.09	0.00	שכר טרחה
Expenses	0.00	715.00	הוצאות
Miscellaneous	0.00	0.00	שונות
Sub Total	4,517.09	715.00	סיכום
V.A.Tax 17%	767.91	מס ערך מוסף 17%	
V.A.T exempted	715.00	סכום פטור מע"מ	
Total + V.A.T.	₪ 6,000.00	סה"כ (כולל מע"מ)	

הסכום במילים:
ששת אלפים שקלים חדשים בלבד.

פרטי התשלום:

Amount סכום	Account חשבון	Branch סניף	Bank בנק	No. מס'	Type סוג	Date תאריך
₪6,000.00	133470				העברה מפקדון	22/04/2021

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

העברה לחשבון אקראי

סניף: 317 מספר חשבון: 133470 תאריך: 21/04/2021 שעה: 18:35

הוראת ההעברה נקלטה

פרטי הפעולה

העברה בסכום של 29,000.00 ש"ח לביצוע ביום 22/04/2021

לזכות: גבריאל כהן

בנק: 14 הבינלאומי אוצר החייל סניף: 361 חשבון: 84064

הערות לקוח: פיצויים תד

לתשומת לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה או לשנותה.

פעולת ערוץ ישיר זו היא אחת מכמה פעולות החייבות ב"עמלת פעולה" (פעולה ע"י פקיד ופעולה בערוץ ישיר). בגין כל העברה תחויב בעמלה בסך 1.80 ש"ח נכון להיום. אם סך הכל "עמלות פעולה" בעו"ש מטבע ישראלי בחודש בו תבוצע ההעברה יהיה נמוך מ- 6.30 ש"ח, תחויב בעמלת מינימום בסך 6.30 ש"ח (נכון להיום). העמלות הנ"ל כפופות להסדר אחר, אם קיים, במועד ביצוע ההעברה וייגבו בתחילת החודש שלאחר ביצוע ההעברה. לרשימת הפעולות החייבות ב"עמלת פעולה" - ראה תעריפון עמלות בעמדה לשירות עצמי, באינטרנט או אצל פקיד הבנק.

האחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך ומובהר כי נתונים אלה אינם נבדקים ע"י הבנק. הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים שגויים ו/או לא מדויקים. הבנק רשאי למסור למוטב את פרטי בעל החשבון וכן, היה והמוטב יורה, בכל עת, להשיב לבעלי החשבון את הסכום שהועבר או חלקו - לזכות את החשבון בסכום שהוזכר והכל מבלי לגרוע מאחריות הבנק על פי הוראות הדין

הלוקח אישר את פרטי ההוראה וכן שניתנה לו אפשרות לעיין וכי הסכים לתוכנם

הודעת ביצוע תשלח לאחר ביצוע ההוראה, ככל שתבוצע. באפשרותך לשמור/להדפיס מסך זה לפני היציאה ממנו.

נשמח לשרתך בכל עת. ט.ל.ח.

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930
20/04/2021
20/1
כהן נ' הפול
20
כהן גבריאל
20/04/2021

עוסק מורשה:
תאריך:
מספר תיק:
שם תיק:
מספר לקוח:
שם לקוח:
תאריך הדפסה:

לכבוד
הפול - התאגיד המנהל ביטוחי
רכב חובה

קבלת פקדון 542 Deposit Receipt

Amount received:

₪35,000.00

התקבל סך של:

הסכום במילים:

שלושים וחמישה אלף שקלים חדשים בלבד.

Payment details:

Amount	Account	Branch	סניף	Bank	בנק	No. 'מס'	Type	סוג	תאריך פרעון	Date	תאריך
₪35,000.00							העברה		20/04/2021	20/04/2021	

הופקד לחשבון: 133470 - חשבון פקדונות כללי

פרטי התשלום:

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין



מערכת בתי המשפט

יום שני 20 יולי 2020

קבלה מס': 35723296 מקור

תאריך התשלום: יום שני 20 יולי 2020

מקום התשלום: אתר

שם המבצע: אתר נט המשפט

פרטי החייב: אריאל פרייברג ת"ז 066630930

פרטי המשלם: אריאל פרייברג ת"ז 066630930

סכום בש"ח: 715.00

פירוט התשלום:

שובר	תיק	סעיף חיוב	פעילות	סכום בש"ח
20005022049		שובר לתשלום מראש לתיק	יצירת חיוב	715.00

נתוני תשלום:

אמצעי תשלום: כרטיס אשראי

סוג כרטיס: אמריקן אקספרס

מספר: 2215

בתוקף עד: 07/2021

מספר שובר אשראי: מספר שובר 69455922

מספר אישור אשראי: 4473692

סוג העסקה: רגיל

מספר התשלומים בקרדיט: 1

חתימה טלפון

קבלה זו ניתנת על תשלום שבוצע בעקבות הגשה באתר. יש לשמור עליה עד לקבלת ההודעה על אישור ההגשה. במידה וההגשה לא תאושר ניתן להשתמש בקבלה זו בדרכים הבאות:

- ביצוע הגשה אחרת באתר שסכום התשלום עליה זהה לסכום בקבלה. במסך התשלום יש לבחור את אופן התשלום "שובר לתשלום מראש" ולהזין בשדה שיתקבל את מספר השובר המופיע בקבלה זו.
- הצגת הקבלה במזכירות בית משפט לצורך פעולה בסכום זהה לזה המופיע בקבלה או לצורך קבלת החזר.

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

23.3.21

לכבוד

המאגר הישראלי לביטוח רכב חובה - הפול

מרחוב האצ"ל 1

ראשון לציון

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

בפקס

ח.ג.,

הנדון : תאונה מיום 2.4.19

מס' רכב: 55-534-89

הנפגע: גבריאל כהן, ת.ז. 34949776

מס' תביעה: 711701464318

1. מצ"ב כתב קבלה ע"ס 35,000 שח חתום על ידי מרשי.

2. כן, מצ"ב בקשה מוסכמת לדחיית התביעה וצילום המחאה.

3. אודה לעיונכם ולביצוע העברה בנקאית לפקודת הח"מ.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

זמן ביצוע הפעולה: 12:23 23/03/2021

מספר תיק: 44765-07-20

סוג בקשה: הסכם פשרה

מספר אסמכתא למעקב: 5917025

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 בייר.

• אם לא יאושר, תשלח למגיש הודעה על כך.

נערך ונחתם בתאריך 23.3.21

בקשה מוסכמת לדחיית התביעה - פשרה

גבריאל כהן, ת.ז. 034949776

התובע:

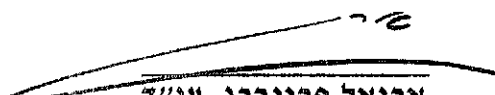
באמצעות ב"כ עו"ד אריאל פרייברג ואח'
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358 פקס': 077-3180983

- נגד -

"הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב
מרחוב אצ"ל 1, ראשון לציון

הנתבעת:

1. התובע מתכבד להודיע לבית המשפט הנכבד כי הליכי המו"מ בינו 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 התובע

בנק אוצר החייל

מקצוע הביטחון

למסכת כלבד

סניף 317 כפר גנים

03-9780200

קניין גנים - העצמאות 65, פתח תקוה, טל' 0629538 14 31700 409133470

פרויקט אריאל תל 066630930
ויצמן 21 דירה 2, חל אביב - יפו 6423920
טלפון: 0546544930

PAY TO

ט

13/04/17 - כ

שלמו ל

N.I.S.

ט

SIGNATURE

החשבו

DATE

תאריך

CHEQUE No.

BRANCH No.

ACCOUNT No.

בשוק זה אין לבצע שינוי לאחר שנכתב.
למעט שינוי תאריך או סכום.

בנק אוצר החייל בע"מ. BANK OTSAR HAHAYAL LTD.

BANK C

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 23/03/2021 12:27
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	23/03 12:25
FAX NO./NAME	9620909
DURATION	00:01:13
PAGE(S)	05
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

23.3.21

לכבוד

המאגר הישראלי לביטוח רכב חובה - הפול

מרחוב האצ"ל 1

ראשון לציון

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

בפקס

ח.ג.,

הנדון: תאונה מיום 2.4.19

מס' רכב: 55-534-89

הנפגע: גבריאל כהן, ת.ז. 34949776

מס' תביעה: 711701464318

1. מצ"ב כתב קבלה ע"ס 35,000 ש"ח תזום על ידי מרשי.

2. כן, מצ"ב בקשה מוסכמת לדחיית התביעה וצילום המתאה.

3. אודה לעיונכם ולביצוע העברה בנקאית לפקודת הח"מ.

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



תאריך: 22/10/2020
מספר: 2019000006066
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.ב.,

הנדון: ת"ד מיום שם נפגע/ת
מס. רכב
שם הפוליסה
מספר פוליסה
שם המבוטח
סוג הכיסוי הביטוחי

2/04/2019 - כהן גבריאל
5553489 -
אופנוע בבעלות פרטית
711701464318 -
כהן גבריאל
ביטוח חובה -

בהמשך לשיחתנו הטלפונית מיום 22/10/2020.

רצ"ב כתב קבלה ע"ס 35,000 ש"ח לחתימת מרשך ואישורך.

לחילופין, מינוי פרופ' שטיינברג עם הצגת חו"ד הקודמת של הנפגע.

בא להחזירו אליהם לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי.

לתשומת לבך: לא יכולו שטרות המגיעים לחברה באמצעות פקס !!!

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,

לירד סג"ר - שמואל, עו"ד
מחלקת תביעות

אדיר עדין כח"מ תש
דין הולל על שטוח
שטוח - EMG
יטא יחלאלו עדין שטוח

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	22-10-2020 12:19:30	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא



תאריך: 22/10/2020

כתב קבלה ויתור ושחרור

אני הח"מ כהן גבריאל נושא ת.ז. מס. 34949776 שכחתי היא גוש עציון 00009 תל-אביב (להלן: "התובע") מאשר/ת ומצהיר/ת כדלקמן:

הואיל ובתאריך 2/04/2019 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים ב (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישרים וגם/או עקיפים.

הואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") (להלן: "המבטח") וכן עם כהן גבריאל (להלן: "המבוטח") לקבלת פיצויים כמפורט להלן וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעות 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 המבוטחים והמבטחים באמצעות פרייברג אריאל, ע"ד, הינו סך של 35,000.00 ₪ (שלושים וחמישה אלף ש"ח) הכולל שכ"ט ע"ד ומע"מ והחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
- תמורת הסכום וקבלתו הנני מותר/ת בזה לחלוטין ומוחלט/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 חיקוק שיתקן וגם/או יבוא 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 כמובן בסעיף 9 לחוק ההתיישנות הנ"ל באם לא יחתם על ידי לבסוף מסיבה כלשהי.
- הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את המבטחים והמבוטחים 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 לחוד בגין כל תביעה שיכוב שתשולם על ידם לאדם או לגוף שפיצו אותי על נזק עברו קבלתי פיצוי מהמבטחים ו/או מהמבוטחים עקב התאונה הנ"ל, למעט הוצאות רפואיות המכוסות במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ובתנאי שיבוצעו במסגרת הרפואה הציבורית.
- מצדדי 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 בחזרה מעבודתי לביתי.
 - אין בדעתי לתבוע מהמוסד לביטוח לאומי להכיר בתאונה כתאונת 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 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, 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 והמבוטחים 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 שתחדל להיות בת פרעון לפני תשלום הסכום הנקוב בסעיף 1 דלעיל, יגרע חלקה מהפיצוי שישולם לי על פי כתב זה.
- הנני מצהיר 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 ביחד וכל אחד מהם לחוד.
- הנני מתחייב/ת לבטל את תביעתי כבי"מ"ש שלום – הרצליה ת.א. 447650720.
-

לראיה באתי על החתום:

היום _____ בחודש _____ שנת _____ חתימה

עד לחתימה (שם וכתובת מלאים)

אני החתום מזה, עו"ד, מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצוני הטוב והחופשי ואשר הודדה בפני להחתם דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

הפול

ביטוח • חובה • שיורי



חתימה

עו"ד

תאריך:

מס. התביעה: 2019000006066 מס. פוליסה 711701464318 על שם: כהן גבריאל.

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	11-11-2020 09:48:06	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



תאריך : 08/10/2020
מספרנו : 2019000006066
מספרך :

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

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

א.ג.נ.,

הנדון:	ת"ד מיום	2/04/2019 -
	שם נפגע/ת	כהן גבריאל -
	מס. רכב	5553489 -
	שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית -
	מספר פוליסה	711701464318 -
	שם המבוטח	כהן גבריאל -
	סוג הכיסוי הביטוחי	ביטוח חובה -

מאשרים קבלת מכתבך מיום 08/09/2020.

רצ"ב כתב קבלה ע"ס 20,000 ש"ח לחתימת מרשך ואישורך.

11.10.20
אודה לקבלת הכסף שאנרת
(במשלוח/מיני שטרות אף
לחלוטין השלם כתב האזהרה.
בכבוד רב ועלה,

נא להחזירו אלינו לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי.

לתשומת לבך: לא יכובדו שטרות המגיעים לחברה באמצעות פקס !!!

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 וחסכון במשרד האוצר.

בכבוד רב,

לירד סמיר - שמואל, עו"ד
מחלקת תביעות

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 11/10/2020 10:21
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME 11/10 10:21
 FAX NO./NAME 9620909
 DURATION 00:00:20
 PAGE(S) 01
 RESULT OK
 MODE STANDARD
 ECM

10/11/2020 9:35 AM Pool

-> 90773180983

2

הפול

ביטוח • חובה • שיורי

תאריך: 08/10/2020
 מספרנו: 2019000006066
 מספרך:

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

לכבוד
 פרייבורג אריאל, ע"ד
 אבא הליל 7
 רמת גן 0000000

א.ג.ב.

הנדון: ת"ד מיום שם נפגעת שם הפוליסה מספר פוליסה שם המבוטח סוג הכיסוי הביטוחי

2/04/2019 - כהן גבריאל
 5553489 - מס. רכב
 אופנוע בבעלות פרטית - שם הפוליסה
 711701464318 - מספר פוליסה
 כהן גבריאל - שם המבוטח
 ביטוח חובה - סוג הכיסוי הביטוחי

מאשרים קבלת מכתבך מיום 08/09/2020.

רצ"ב כתב קבלה ע"ס 20,000 ש"ח לחתימת מרשך ואישור.

11.10.20
 אורה לקוחת הפוליסה
 (מסומנת) / זינוי שטמרטל א
 לחלוטין השלם כתב האשרה.
 כפוף עד ודלה

נא להחזיר אליי לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי.

לתשומת לבך: לא יכובדו שטרות המגיעים לחברה באמצעות פקס !!!

הפוליסה נכנסה לתוקף ב-11/10/2020. כל המידע המופיע בדף זה הוא מידע כללי ואינו מהווה הצעה או הבטחה. כל המידע המופיע בדף זה הוא מידע כללי ואינו מהווה הצעה או הבטחה.



תאריך: 08/10/2020

כתב קבלה ויתור ושחרור

אני הח"מ כהן גבריאל נושא ת.ז. מס. 34949776 שכחובתי היא גוש עציץ 00009 תל-אביב (להלן: "התובע") מאשר/ת ומצהיר/ת כדלקמן:
הואיל ובתאריך 2/04/2019 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים ב (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטעמתי נזקי גוף ישירים וגם /או עקיפים.
והואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") (להלן: "המבטח") וכן עם כהן גבריאל (להלן: "המבוטחים") 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 המבוטחים והמבטחים באמצעות פרייברג אריאל, עו"ד הינו סך של 20,000.00 ₪ (עשרים אלף ש"ח). הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
- תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר/ת בזה לחלוטין ומוחלט/ת כאופן סופי ומחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, הברוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד ועל פי חקוק שיתקן וגם/או יבוא במקום דין הקיים היום או שיוחק בעתיד.
- שטר זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות המבוטחים או המבוטחים הנ"ל ואין בו הודאה כלשהי בזכותי או כדי להפסיק את מרחץ ההתיישנות בתביעותי 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 המצוין בסעיף 1 דלעיל מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה ו/או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד בגין כל תביעת שייכות שתשולם על ידם לאדם או לגוף שפיצוי אותי על נזק עבורו קבלתי פיצוי מהמבוטחים ו/או מהמבוטחים עקב התאונה הנ"ל, למעט הוצאות רפואיות המכוסות במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ובתנאי שיבוצעו במסגרת הרפואה הציבורית.
- מוצגת 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 כמהלך עבודתי או בדרך מביתי לעבודתי או בחזרה מעבודתי לביתי.
 - אין בדעתי לתבוע מהמוסד לביטוח לאומי להכיר בתאונה כתאונת 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 ושיועור של הגמלאות הנ"ל לא נוטה מן הסכום שמשלם עפ"י שטר קבלה זה.
 - במידה ותבוא דרישה או תביעה לשפוי מצד המוסד לביטוח לאומי כלפי המבוטחים 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 עו"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 משעמי למוסד לביטוח לאומי לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל, כל זאת מבלי לפגוע בזכויות השפוי שיש כלפי למבוטחים 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 שהחלקה 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 שתחדל להיות בת פרעון לפני תשלום הסכום הנקוב בסעיף 1 דלעיל, יגרע חלקה מהפיצוי שישולם לי על פי כתב זה.
- הנני מצהיר 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 והמבוטחים לשלם לי את הסכום.
- במקרה שכתב זה יחתם על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
- הנני מתחייב/ת לבטל את תביעתי כבימ"ש שלום - הרצליה ת.א. 447650720.

לראיה באתי על החתום:

היום _____ בחודש _____ שנת _____ חתימה

עד לחתימה _____ (שם וכתובת מלאים)

אני החתום מטה _____ עו"ד, מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצות הטוב והחופשי ואשר הזדהה בפני להחתם דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

הפול
ביטוח • חובה • שיורי



תאריך:
חתימה
עו"ד

מס. התביעה: 2019000006066 מס. פוליסה 711701464318 על שם: כהן גבריאל.

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date &Time	11-10-2020 09:35:00	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

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

8.9.20

לכבוד

לירז סוסיד-שמואל, עו"ד

המאגר הישראלי לביטוח רכב חובה - הפול

מרחוב האצ"ל 1

ראשון לציון

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.,

הנדון : תאונה מיום 2.4.19

מס' רכב: 55-534-89

הנפגע: גבריאל כהן, ת.ז. 34949776

מס' תביעה: 711701464318

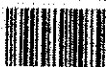
1. מצ"ב תיעוד רפואי נוסף בעניינו של מרשי שבנדון.

2. אודה לקבלת הצעה לסילוק התביעה בפשרה ולחילופין הסכם מינוי.

3. לעיוןך וטיפולך המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



018667

ד"ר בייא אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 185019178

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.לידה: 28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	טל. עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		



0034949776

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: מירפאת כף רגל וקרסול איכילוב

תלונות: ביקור חוזר מתאריך 29/01/2020

ביקור חוזר מתאריך 25/06/2019

ביקור חוזר מתאריך 30/04/2019

הנלעבר תאונת דרכים ב-02.04.2019 פונה לביח איכילוב

צולם בכתף וקרסול שמאל לא אובחנו שברים

עדין נפיחות בקרסול שמאל וכאבים

ממשיך להתלונן על כאבים בצוואר

ממצאים: ביקור חוזר מתאריך 29/01/2020

ביקור חוזר מתאריך 25/06/2019

ביקור חוזר מתאריך 30/04/2019

רגישות ונפיחות

בצד החיצוני

הנל שבר את קרסולו השמאלי לפני 4 שנים

US קרסול שמאל פוענח כתיקין

טמ השבר בבמלאולוס החיצוני התחבר יפה שינויים שחיקתיים במפרק לפידוס

כאבים בתנועות הצוואר ללא חסר נאורולוגי

טמ שינויים שחיקתיים והצרות המפרקים הבין חוליתיים מגובה C5-D1

היום הכאבים הם בצד החיצוני של הקרסול השמאלי

עדין מתלונן על כאבים בקרסול שמאל ובמיד פוט

US קרע ATFL

אבחנה:

• ARTHRALGIA

• PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)

• FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: לשקול טיפול כירורגי

30/08/2020

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הגר פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רפאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 30/08/2020 עד תאריך 26/02/2021



0052224870



018667

קוד הפניה: 185019000

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ד'בטינסקי 18 קומה 3 ב-ש-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-ש-פל)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: כהן		שם פרטי: גבריאל		ת.ז.: 34949776	
ת.לידה: 28/03/1979		מין: ז		טלפון: 035372871		טל.עבודה/נייד: 0546598477	
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו		מיקוד: 6772032		מיקוד: 6772032		מיקוד: 6772032	

הפניה למכון דימות - C.T

03-2694444

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

ביקור חוזר מתאריך 29/01/2020
ביקור חוזר מתאריך 25/06/2019
ביקור חוזר מתאריך 30/04/2019
הנלעבר תאונת דרכים ב-02.04.2019 פונה לביח איכילוב
צולם בכתף וקרסול שמאל לא אובחנו שברים
עדין נפוחות בקרסול שמאל וכאבים
ממשיך להתלונן על כאבים בצוואר

ממצאים:

ביקור חוזר מתאריך 29/01/2020
ביקור חוזר מתאריך 25/06/2019
ביקור חוזר מתאריך 30/04/2019

רגישות ונפוחות
בצד החיצוני

הנל שבר את קרסולו השמאלי לפני 4 שנים
US קרסול שמאל פוענח כתקין
טמ השבר בבמלאולוס החיצוני התחבר יפה שינויים שחיקתיים במפרק לפידוס
כאבים בתנועות הצוואר ללא חסר נאורולוגי
טמ שינויים שחיקתיים והצרות המירווחים הבין חוליתיים מגובה C5-D1
היום הכאבים הם בצד החיצוני של הקרסול השמאלי
עדין מתלונן על כאבים בקרסול שמאל ובמיד פוט
US קרע ב-ATFL

אבחנה:

• ARTHRALGIA

בעיות ידועות:

- PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

מעשנות : לא ידוע

קוד מ"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דחשה	CT קרסול
L1039			CT כף רגל/בוהנות
L1039			

שאלה לרדיולוג:

מצב הפרקים בקרסול שמאל ובמפרק בין המטאטארסוס הראשון והקוניפורם המדיאלי

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
3.8.22/12/2016	שנים		Creatinine (B)
3.8.22/12/2016	שנים		eGFR
			0.95
			101

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 08/09/2020 18:15
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	08/09 18:13
FAX NO./NAME	9620909
DURATION	00:02:18
PAGE(S)	03
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 חלל 7 (בית סילבר)
 רמת גן 5252204
 טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

8.9.20

לכבוד

לירז סוסיד-שמואל, עו"ד

המאגר הישראלי לביטוח רכב חובה - הפול

מרחוב האצ"ל 1

ראשון לציון

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.

הנדון: תאונה מיום 2.4.19

מס' רכב: 55-534-89

הנפגע: גבריאל כהן, ת.ז. 34949776

מס' תביעה: 711701464318

1. מצ"ב תיעוד רפואי נוסף בעניינו של מרשי שבנדון.
2. אודה לקבלת הצעה לסילוק התביעה בפשרה ולחילופין הסכם מינוי.
3. לעיוןך וטיפולך המסור אודה.

הפול

ביטוח • חובה • שיורי

11/08/2020

תאריך :

2019000006066

מספרו :

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענות התיישנות
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד

פרייברג אריאל, ע"ד
אבא הלל 7
רמת גן 0000000

א.ג.נ.,

2/04/2019	:	ת"ד מיום
5553489	:	מס. רכב
גבריאלי	:	שם נפגעת
כהן	:	שם הפוליסה
אופנוע בבעלות פרטית	:	מספר פוליסה
711701464318	:	שם המבוטח
כהן גבריאלי	:	סוג הכיסוי הביטוחי
ביטוח חובה	:	

התיק הועבר לטיפול הח"מ.
אודה ליצירת קשר בחזרה.

בכבוד רב,

ליד סג"ד - שמואל, ע"ד
מחלקת תביעות

12.8 - לירז גבדיק סיכוי למת
קנת סיכון אא מינוי סט"נדרג

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	11-08-2020 10:04:58	תאריך ושעה
Pages	2	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

תאריך: 26/07/2020
מספר: 2019000006066
מספר: מספר:

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

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

א.ג.ב.

הנדון:	ת.ד. מיום	2/04/2019 :
שם נפגעת/ת	כהן גבריאל	:
מס' רכב	5553489	:
שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית	:
מספר פוליסה	711701464318	:
שם המבוטח	כהן גבריאל	:
סוג הכיסוי הביטוחי	ביטוח חובה	:

מאשרים קבלת מכתבך מיום 23/07/2020.

נבקשך להעביר למשרדנו את כל המסמכים המסומנים כלהלן:
1. טופס הודעה על תאונה לרבות תיאור נסיבות התאונה והאם היה מגע רכב צד ג'.

אין מקום לשפר הצעתנו.
נא הודיעני האם להגיש הגנה.

מכתבנו זה אינו מהווה הכרה בחבות כלשהי.
רק לאחר קבלת המסמכים המבוקשים נוכל לנקוט עמדה לגבי חבותנו ולטפל בתביעה.

בכבוד רב,

דנה חבוש
מחלקת תביעות

ח.י. שלום רב,
לא היה מגע צד צד ג'.
אודי לקבלת רשימת גורמים מוסכמים.
ככל ואין עשרות לערך אודי
לדעת כתיב רשמי.

בכבוד רב וכסא,

לוט: טופס הודעה

שמור: דרישה

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 26/07/2020 11:01
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	26/07 11:01
FAX NO./NAME	9620909
DURATION	00:00:19
PAGE(S)	01
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

7/26/2020 7:28 AM Pool

-> 90773180983

2



תאריך: 26/07/2020
 מספרם: 2019000006066
 מספרר:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענות התיישנות
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

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

א.ג.ג.

הדרון:	ת.ד. מיום	2/04/2019 :
שם נפגעת	כהן גבריאל	:
מס' רכב	5553489	:
שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית	:
מספר פוליסה	711701484318	:
שם המבוטח	כהן גבריאל	:
סוג הכיסוי הביטוחי	ביטוח חובה	:

מאשרים קבלת מכתבך מיום 23/07/2020.

נבקשך להעביר למשרדנו את כל המסמכים המסומנים כלהלן:
 1. טופס הודעה על תאונה לרבות תיאור נסיבות התאונה והאם היה נהג רכב צד ג'.

אין מקום לשפר הצעתנו.
 בא הודיעי האם להגיש הגנה.



ביטוח • חובה • שיורי

תאריך : 23/07/2020
מספרנו : 2019000006066
מספרך :

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

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

א.ג.ג.,

הגדון : תאונת דרכים מיום
תיק אזרחי : 447650720
בית משפט : בימ"ש שלום - הרצליה
שם נפגע/ת : כהן גבריאל
רכב מס' : 5553489
שם הפוליסה : אופנוע בבעלות פרטית
מספר פוליסה : 711701464318
שם המבוטח : כהן גבריאל
סוג הכיסוי הביטוחי : ביטוח חובה

אנו מאשרים קבלת התביעה שבנדון.
אודה על קבלת ארכה להגשת כתב הגנה אשר יוגש מטעמנו, במידת הצורך, תוך 30 יום ממועד קבלת דרישה בכתב.

על מנת שנוכל לגבש עמדתנו אבקשך להעביר את המסמכים הבאים:
1. טופס ההודעה על תאונה הרצ"ב.

מכתבנו זה אינו מהווה הכרה בחבות כלשהי.

בכבוד רב,

דנה חבוש
מחלקת תביעות

ח.נ. שלום רב,
23.7.20
ארכה כהדוקס -
קקלית את עתדכס וט"מ
יכול להפסיק לפבוס הוצר.
אלקד תקולת רכב שלנרת
ישלחת יוליה לונן, קקלת
למחיס מסכמים
כפרדז רב זכר

שם הפוליסה :
 מספר פוליסה :
 שם המבוטח :
 סוג הכיסוי הביטוחי :
 אופנוע בבעלות פרטית :
 711701464318 :
 כהן גבריאל :
 ביטוח חובה :

אנו מאשרים קבלת התביעה שבדיון.
 אודה על קבלת ארכה להגשת כתב הגנה אשר יוגש מטעמנו, במידת הצורך, תוך 30 יום ממועד
 קבלת דרישה בכתב.

על מנת שנוכל לגבש עמדתנו אבקשך להעביר את המסמכים הבאים:
 1. טופס החודעה על תאונה הרצ"ב.

מכתבט זה אינו מהווה הכרה בחבות כלשהי.

בכבוד רב,

דנה חבוש
 מחלקת תביעות

ח.נ. שלום רב,
 23.7.20
 ארכה כמורה -
 קולט את עמדתך ויש
 יכול להסתיי מסבום הוצא.
 אקדק קולט דבר שאנחנו
 ישלחתי לך ולחלופין, שית
 שיהיה מסבום
 כפרוצדור וזכור

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

DATE, TIME
 FAX NO./NAME
 DURATION
 PAGE(S)
 RESULT
 MODE
 23/07 10:36
 9620909
 00:00:20
 01
 OK
 STANDARD
 ECM

TIME : 23/07/2020 10:36
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT



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

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	נייד
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 ☐ נוסע ☐ הולך רגל

פרטי התאונה:

תאריך	שעה	מקום האירוע	האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי?	האם הוצרה 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 שבדה או פרט בקשר לתאונה הנ"ל.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ חתימת הנהג _____

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



תאריך: 23/07/2020
מספרנו: 2019000006066
מספרך:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענות התיישנות
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

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

א.ג.ב.,

הנדון:	ת"ד מיום	- 2/04/2019
	שם נפגע/ת	- כהן גבריאל
	מס. רכב	- 5553489
	שם הפוליסה	- אופנוע בבעלות פרטית
	מספר פוליסה	- 711701464318
	שם המבוטח	- כהן גבריאל
	סוג הכיסוי הביטוחי	- ביטוח חובה

רצ"ב כתב קבלה ע"ס 8,800 ש"ח לחתימת מרשך ואישורך.

כתב קבלה זה מבטל את כתב הקבלה הקודם.
בכפוף להמצאת טופס ההודעה המצ"ב.

נא להחזירו אלינו לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי.

לתשומת לבך: לא יכובדו שטרות המגיעים לחברה באמצעות פקס !!!

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 וחסכון במשרד האוצר.

בכבוד רב,

דנה חבוש
מחלקת תביעות



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	טופל/ה במסד רפואי
שם פרטי ומשפחה	ת.ז	כתובת	מס' טלפון	שנת לידה	טופל/ה במסד רפואי

סוג נפגע: ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל

פרטי התאונה:

תאריך	שעה	מקום האירוע	האם האגשה תביעה לביטוח לאומי?	האם חזרה ע"י ביטוח לאומי כחשבת 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 הנהג _____

חתימת המבוטח _____

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	23-07-2020 08:00:52	תאריך ושעה
Pages	3	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	23-07-2020 10:24:25	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא



בית משפט השלום בהרצליה

20 יולי 2020

ת"א 44765-07-20 כהן נ' "הפול" המאגר
הישראלי לביטוחי רכב

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (נُصادق بهذا بأنه في يوم) 20 יולי 2020 בשעה (بالساعة) 15:04 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 44765-07-20 כהן נ' "הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב.

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 שמשפרו www.court.gov.il *3852 077-2703333.
نوي اعاقه 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 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 למוכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שהוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בויהוי 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.

גבריאל כהן, ת.ז. 034949776

התובע:

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

- נגד -

"הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב
מרחוב אצ"ל 1, ראשון לציון

הנתבעת:

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

מהות התביעה:

אינו ניתן להערכה – עד גובה סמכות בית המשפט

סכום התביעה:

כתב תביעה

1. התובע, יליד 28.3.79, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב מס' 55-534-89 (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. בתאריך 2.4.19, בשעה 18:30 או בסמוך לכך, ברחוב משה דיין, בתל אביב, היה הרכב בו נהג התובע מעורב בתאונת דרכים (להלן: "התאונה") וכתוצאה מכך נחבל התובע בגופו.
- רצ"ב אישור משטרה, מסומן "1" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
4. ממקום התאונה פונה התובע באמבולנס לבית החולים, איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות ברגל שמאל וכתף שמאל. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני, שוחרר התובע לביתו כשרגלו נתונה חבושה וידו נתונה במתלה, בהמלצה לרגל מורמת, נטילת משככי כאבים, מנוחה והמשך מעקב רפואי.
- רצ"ב טופס פינוי נטלי, וסיכום אשפוז, מסומנים "2 - 7" ומהווים חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
5. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בקרסול וכתף שמאל המשיך במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים, ניתנו לו משככי כאבים, הפניה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, בדיקות נוספות ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "9 – 14" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

6. התובע ביצע טיפולי פיזיותרפיה אשר לא השיגו את מטרותיהם במלואם. נוכח הכאבים עזים בקרסול שמאל הופנה למרפאת כאב והוחלט על מתן טיפול תוך ורידי לשיכוך הכאב.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "15 – 21" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

7. מאז התאונה סובל התובע מכאבים בכתף שמאל ומהחמרת הכאבים והגבלה בתנועות הקרסול וכף רגל שמאל, מקשיים בעמידה ובהליכה ממושכות, מקושי בעליה וירידת מדרגות, מהליכה בשטחים שאינם מישוריים בקושי במעברים, בקושי בהרמת חפצים ובביצוע פעולות הדורשת תפקודים ידניים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

8. התובע עובד בעבודת שליחויות, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בניידות גבוהה ובהליכה ממקום למקום. מחמת התאונה ותוצאותיה, מתקשה התובע בביצוע עבודתו, הוא נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, נאלץ לצמצם את היקפה ונגרמו לו הפסדי שכר.

9. מאז התאונה, מוגבל התובע בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

10. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

11. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|----------|---|
| 50,000 ₪ | (1) הפסדי השתכרות בעבר - |
| 12,000 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר - |
| 8,350 ₪ | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר - |
| 4,250 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) שימוש מוגבר במוניות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

12. הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

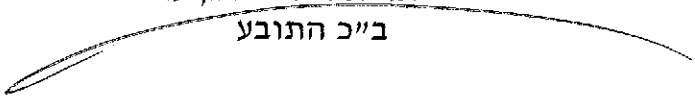
13. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.

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

15. אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה לפצות את התובע 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 פרייברג, עו"ד

ב"כ התובע





טופס מידע על נתוני זיקת תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא	148064 / 2019	יחידת בוחנים מחוז תא	04/04/2019
סיווג תיק	ת.ד. כללי	כ"ח אדר ב תשע"ט	09:42
מס' מסמך בתיק	א	2019 - 5335 - 2008	
פקס	03-6803607	טלפון	03-6802222
מייל	bohanim.telaviv@police.gov.il	כתובת	אמץ 2. תל אביב
		נושא המסמך	

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 02/04/2019 בשעה 18:30
2. מקום התאונה: תל אביב יפו דרך משה דיין 136 בכביש עירוני
3. פרטי נלי הרכב והמעורבים: הערות מקום:

פרטי הרכב

מספר רכב	5553489	סוג רכב	אופנוע
תוצר רכב	סאן יאנג טיואן	חברת ביטוח	הפול הישראלי
מספר פוליסה	203-711701464318-00	שם	גבריאל כהן
סוג לוחית	ישראלית	שנת לידה	28/03/1979
מסמכים ברכב	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה	הדסה עירוני - איכילוב
ת.ז.	34949776	שיוך המעורב	רוכב
כתובת	ת"א - יפו, גוש עציון 9		

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: במקרה מתאריך: 04/04/2019

פרטי המטפל בתיק

שם פרטי	אנט	שם משפחה	משפתי
מ"א	573998		

פרטי השוטרי המוסר

שם פרטי	אנט	שם משפחה	משפתי
מ"א	573998	דרגה	רסב

נאטלי

מלך היל, אלף כחשפה

מחלקת שירות לקוחות
פעילות בימים א'-ה'
1-700-700-180

מוקד חירום רפואי
פעילות 24 שעות ביממה
1-800-800-666

הנהלה רשמית - בית נטלי, דרך השלום 3, פתח תקוה 03-8953299

www.natali.co.il

עוסק מורשה, 511441701

שטר חוב / חשבון מס' 0001051

פרטי הנסיעה: תאריך: 19/4/19

שעה: 30:19 שם הנהג: אילן

השירות שניתן:

מימנחות בארוע

מס' רישון 36 אלף אנוס

טיפול ☒ העברה מ

סכום: 500

פרטי החולה:

מלך היל

ת.ז. 36445419

שם: נא

טלפון: 052465465

כתובת החולה: קמ"ט 36

פרטי עושה השטר/מתחייב: רחוב

שם: ת.ז. סל' סל' נייד

כתובת מגורים: רחוב מס' בית ישוב מיקוד

כתובת עבודה: רחוב מס' בית ישוב מיקוד

שטר חוב שנערך ביום 4 חודש 7 שנה 2019

פרטי ☐ מוסדי ☒ מימנחות בארוע

(סמן X- במשבצת המחאימה)

מקום התשלום: בכל הבנקים (כולל בנק הדואר)

חותמת הבנק

מסמך זה ישמש קבלה רק לאחר הטבעת חותמת הבנק או נטלי וחתימת הפקיד

אני, הח"מ, נא ת"ז 36445419 מתחייב בזאת לשלם לנטלי החברה לשירותי רפואה וחופה בישראל בע"מ (להלן: "נטלי") סך של (במילים)

עבור שירות שמופק לי לפי פרטי הנסיעה/ שירות דלעיל, חזת תוך 30 ימים מהיום. אם לא אשלם סכום זה תוך 30 יום ממועד מתן השירות, יתחשבו לסכום החוב ריבית והפרשי הצמדה כדין וכל הוצאה שתהיה לנטלי לצורך גביית החוב במלואו. הריני מפקיד בידי נטלי שטר חוב זה החתום על-ידי ומתחייב לפרוע את השטר במקרה ומכל סיבה שהיא סכום החוב לא ישולם במלואו. הריני פוטר את נטלי מכל החובות המוטלות על מחזיק בשטר לרבות מחובת הצגת שטר החוב לפירעון וממשלוח הודעת חילול.

* לאחר ביצוע התשלום מוחלץ לפנות לקופ"ח בה הינך חבר לבירור זכאותך להחזר כספי, בהתאם לסל השירותים של הקופה.

חתימת עושה השטר

נאטלי

מלך היל, אלף כחשפה

קוד מוטב 6228693

חותמת הבנק

הודעת זיכוי 0001051
לתשלום בכל הבנקים

אסמכתא

3-89335-5

ח-1 בנק הדואר

הסכום לתשלום

500

טופס 45/2012

מסמך זה ישמש קבלה רק לאחר הטבעת חותמת הבנק או נטלי וחתימת הפקיד

סיכום טיפול בניידת - רופא מספר טופס 0015269

פרטים אישיים של החולה / נפגע		זמנים		איכות	
שם פרטי:	חשפחה:	יציאה:		תאריך:	
חסי' מני:	תל/נ ת.ד.	במקום:		ניידת:	
קופ"ח:	נזק:	פינוי:		סניף:	
כתובת החולה:		לבי"ח:		קודד:	
כתובת האירוע:		הנעה:		נסרק:	
וניתוח ידועה: ☐	סלע ידועה פרט:	לבי"ח:			

Present Complaint		221	Asystole	311	Heart: Normal	449	Heparin
A Pain of:		222	P.E.A	312	Heart: Systolic Murmur	418	NACL 0.9%
100	Head	223	Idio Ventricular	313	Heart: Diastolic Murmur	464	D5W
101	Neck	224	Pacemaker	315	Lungs: Normal	419	Fusid
102	Chest	211	Wide Complex Tachycardia	316	Lungs: Prolonged Expiration + Wheezes	460	Heparin
103	Abdomen	212	Torsade de Points	319	Lungs: Inspiratory Rales	411	Isoket S.L
104	Back	213	1° AV Block	320	Lungs: Pulmonary Edema	420	Isoket I.V
105	Upper Extremities	214	2° AV Block type I	322	Lungs: Bronchial breath sounds	422	Lidocaine 2%
106	Lower Extremities	215	2° AV Block type II	323	Lungs: Absent or Decreased Breath Sounds	423	Magnesium
107	Pelvis	216	3° AV Block (Complete)	325	Abdomen: Soft non tender	424	Morphine
108	Genitalia	217	L.B.B.B	327	Abdomen: Acute Abdomen	425	Narcan
147	Level of pain (0-10) <u>1</u>	218	R.B.B.B	310	Injury \ Bleeding of	426	Optalgin
B Other:		219	L.A.H.B	Short Neurologic Assessment 166 F.A.S.T 167 Conscious 168 Snopur 169 Unconscious 330 Comatose 333 Meningeal Signs			
109	Dyspnea	227	L.P.H.B	Procedures 432 Vein Line 433 Intubation 434 Defibrillation 435 Cardioversion 436 Inhalation 437 TCPmA _____ BPM 439 CPR _____ min 441 Peep _____ 442 Tidal Volume _____ 443 Respiratory rate _____ 446 Intraosseous _____ 453 Thorax drain _____ 454 Gastric Tube _____ 455 Cricothyroidotomy _____ 456 Needle aspiration _____ 458 Cervical collar _____ 459 Spine Board _____ 445 Other _____			
110	Cough	225	ST Elevation: Inf wall	Drugs Amount 450 Acamol _____ 401 Adenosine _____ 402 Adrenaline _____ 403 Aerovent sol _____ 404 Amiodacore _____ 495 Abitren _____ 406 Aspirin _____ 171 Aspirin Given by other _____ 409 Assival _____ 407 Atropine _____ 408 Bicarbonate _____ 410 Calcium _____ 452 Capoten _____ 413 Glucose _____ 416 Dopamin _____ 417 Domicon _____			
112	Palpitations	226	ST Elevation: Ant wall				
114	Syncope	235	ST Elevation: Lat wall				
115	Convulsions	228	ST Elevation: Pos wall				
117	Neurologic Deficit	229	ST \ T Wave Chnges: Inf wall				
170	Last seen normal _____	230	ST \ T Wave Chnges: Ant wall				
118	Weakness	231	ST \ T Wave Chnges: Lat wall				
119	Vomiting	232	ST \ T Wave Chnges: Pos wall				
120	Fever \ Chills _____ C	250	Other _____				
124	Diarrhea	Physical Examination 300 Cardiac and Respiratory Arrest 301 BP _____ 302 Pulse <u>70</u> 303 Saturation <u>97</u> Ra _____ O ₂ _____ 305 Respiratory rate <u>21</u> min _____ min _____ 335 Glucose _____ mg% _____ mg% 304 Cyanosis _____ 306 Pallor _____ 307 Jugular Venous Distension _____ 309 Leg Edema _____ 144 Etco2 _____ (1°) _____ (5°) _____ (10°)					
125	Constipation						
ECG finding							
200	NSR						
201	Sinus Tachycardia						
202	Sinus Bradycardia						
203	APC's Multiple						
204	VPC's Multiple						
205	Atrial Fibrillation						
206	Atrial Flutter						
207	S.V.T						
208	M.A.T						
209	VT						
220	VF						

פרואמדיק		רופא
הצליח	לא	הצליח לא
Venn Line		Emulation

פעולות שננקטו:

1. נשאר בחקום - החלטת רופא
2. סרב להחמטת
3. הועבר לבית הולים
4. הועברת חבי"ח לבי"ח
5. הוצאת הודעת פטירה
6. ביטול קריאה

התכונה רלוונטית + בדיקה + המלצות לטיפול:

אבחנה נוסחית:

{717}

- חסוי רפואי -

ע"ש סוראסקי



המרכז הרפואי ת"א

המחלקה לרדיולוגיה אבחנתית-הדמיה

ב"ח:

הזמנה לבדיקות במערך ההדמיה

כתן גבריאל
אביגדור
מ.ז. 3494977-6
מיון כירורגי 02.04.19
מיון כירורגי
מקרה: 11887566
מרכז רפואי ת"א

מקוב

חוראות הרנטגנולוג

1. מסי ת"ז
2. שם משפחה
3. שם פרטי
4. תאריך לידה
5. מסי אישי
6. שם האב
7. תאריך קבלה
8. גורם מפנה
9. חדש / חוזר

☐ כידוד מוגע
☐ סיכנת גפילה
☐ בהריון
☐ חפצו
משכה / משקפיים
ריכוז

בצוע הבדיקה: במחלקת הרנטגנית / במיטת תחולת

החולה: ☐ טתהלך ☐ נכסא ולולים ☐ באלוקה ☐ במיטה ☐

פרטים קליניים:

1. צילום דם
2. צילום דם
3. צילום דם
4. בדיקה הדדועה: צילום דם

רשימות ל:

פדחא
דד. לואר חומר
סמנת לואר

חתימת הרופא

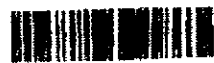
תאריך: 2/4/19

שם חטכטאי המבצע

שימוש בסרטים: 30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:

תאריך בצוע הבדיקה

סרטים מקולקלים: 30/90: 35/35: 30/40: 24/30: 18/24: 13/18:



מקלט - 450414586

5

תאריך ושעת ההדפסה: 03/04/2019 00:53
חסוי 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
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב

שחרור רפואי

שם יחידה: מיון כירורגי	מנהל/ת מחלקה: דר' טרועקי דניאל מ.ר. 1113412	אחש/ת אחראית: נטע נגרי גלעם
טלפון: 03- 6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
תאריך לידה: 28/03/1979	גיל: 40	טלפון: 054-6598477
מין: זכר	גורם מממן: מכבי	כתובת: גוש עציון 9/4 תל אביב- יפו 6772032

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 02/04/2019 19:29 מספר מקרה: 11887566

סינם טיפול במלר"ד: שחרור

מועבר למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה

שעת הודעה למחלקה

שעת העברה למחלקה

תלונה עיקרית

תאונת דרכים - רוכב אופנוע - החלקה

אבחנות במיון

• ACCIDENT - MOTOR VEHICLE (E819.9)

מחלה נוכחית

בן 40 בריא בדל"ל ללא תרופות קבועות

שולל שימוש באלכוהול וסמים

מעשן כבד כ-3 קופסאות ליממה

בשעות הערב החליק עם האופנוע ונפגע ברגל שמאל

בקבלתו למיון סימנים חיוניים תקינים דופק 89 ל"ד 133/94 סטורציה באויר החדר 96

מעבדה תקינה ללא מדדים חריגים

בבדיקתו הגופנית

קולות הלב תקינים וסדירים כניסת אויר טובה ושווה דוץ, בטן רכה לא רגישה, גפיים תקינות ללא סימנים לאיסכמיה חריפה, דפקים נמושו היטב, ללא חסר מוטורי או סנסורי חריף

מלין על כאבים בהנעת קרסול שמאל ואצבעות כף רגל שמאל וכמו כן כתף

ת -

צילום חזה

"כתף

"כף רגל וקרסול שמאל

יעוץ אורתופד

יעוצים

מבקש היעוץ: וקסלר יעל

מועד הבקשה: 02/04/2019 20:41

מופנה אל מחלקה: מיון אורתופדי

6

שם: גבריאל כהן	ת"ד: 34949776	מקרה:	חלקה: מיון כירורגי
----------------	---------------	-------	--------------------

תאריך ביקור מתוכנן: 02/04/2019

דחיפות: רגיל

ניידות החולה: על כסא גלגלים

הגדרת הבעיה: בן 40 בריא בדרך כלל, בשעות הערב החליק עם האופנוע ונפגע ברגל שמאל, מלין על כאבים באצבעות כף רגל שמאל וקרסול שמאל, וכתף שמאל.

השאלה ליועץ: טדה לבדיקתכם והערכתכם

נרשם ע"י דר' גרונדשטיין אלון מ.ר. 1125581

בן 40 בריא

בעברו שבר קרסול שמאל

ביום פנייתו מעורב בתד כרכב קטנוע, נבד על ידי עקב חבלות קרסול שמאל וכתף שמאל. בבדיקה - סימני חבלה סביב קרסול וכף רגל. ללא נפיחות משמעותית, ללא רגישות גרמית. שמור NV.

כתף - טווח אקטיבי מלא. כאוב בקדמת הכתף. שמור NV.

צילום - ללא ממצא גרמי חריץ, מרווח מפרקי מעט מוצר.

המלצות - מתלה לכתף, חבישה אלסטית לקרסול

רגל מורמת, קירור מקומי

בקורת אורטופד בעוד כ-10 ימים להערכה חוזרת

בכל החמרה לשוב לבדיקת רופא

חתימה:

לא ידועה רגישות לתרופות

נתונים קליניים

מוניטור

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק
19:50 02/04/2019	133 / 94	89

מדדים סדציה

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
19:50 02/04/2019	133 / 94	89	96

מדדים

תאריך ושעה	לחץ דם	דופק	סטורציה באויר חדר
19:50 02/04/2019	133 / 94	89	96

ביצוע תרופות

צורת מיון ומינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
1 dose	02/04/2019 23:26 נדל חנה	Once	BOOSTRIX (DTP vaccine) 1 dose
I.M			

סיכום

בן 40 בריא בד"כ ללא מחלות ברקע ללא תרופות קבועות

פנה האם למיון לאחר תאונת דרכים כרכב אופנוע החליק על האופנוע במעבר חציה במהירות של כ-50 קמ"ש ללא חבלת ראש בחילות הקאות או ישנוניות ללא אובדן הכרה החליק על פלג גוף שמאלי עם חבלת כף רגל וכתף

במלר"ד עיריני נינוח ללא תלונות

מדדים חיונים דופק 89 ל"ד 133/94 סטורציה באויר החדר 96

בדיקה גופנית

ללא סימני חבלה על הקרקפת

ללא רגישות מיד ליון צוואר ושאר עמ"ש

לב- קולות סדירים ללא אוושות

ריאות - כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ ללא חירחורים או ציפצופים ללא רגישות על פני הצלעות

בטן - רכה ללא רגישות ללא סימני חבלה

גפיים סימני חבלה על הקרסול וכאבים בהנעת הכתף

סודי רפואי

שם: גבריאל כהן	ת"ז: 34849776	מקרה:	מחלקה: מיין כירורגי
----------------	---------------	-------	---------------------

בייעוץ אורטו
בן 40 בריא
בעברו שבר קרסול שמאל
ביום פנייתו מעורב בתד כרכב קטנוע, גבד על ידי עקב חבלות קרסול שמאל וכתף שמאל.
בבדיקה - סימני חבלה סביב קרסול וכף רגל. ללא נפיחות משמעותית, ללא רגישות גרמית.
שמור MV.

כתף - טווח אקטיבי מלא. כאוב בקדמת הכתף. שמור MV.
צילום - ללא ממצא גרמי חריף, מרווח מפרקי מעט מוצר.
המלצות - מתלה לכתף, חבישה אלסטית לקרסול
רגל מורמת, קירור מקומי
בקורת אורטופד בעוד כ-10 ימים להערכה חוזרת
בכל החמרה לשוב לבדיקת רופא

בצל"ח ללא חזה אוויר או המוטורקס

משתחרר עם ההמלצות הבאות
מעקב רופא מטפל עם מכתב זה כבר מחר
בכל החמרה יש לשוב למיין
המלצות אורטופד כצוין לעיל

המלצות כלליות

המלצה: /

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא הוצא ונופלן

חתימת אחות משחררות

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
נדל חוזה	אחות משחררות	03/04/2019 00:53

רופאה משחררות

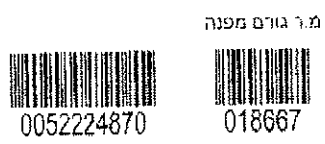
שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר פנקוביץ ניב מ.ר. 1126217	רופאה משחרר	03/04/2019 00:52

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

בפנייה חוזרת למיין או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.

30/04/2019 תאריך הדפסה:

מכבי שירותי בריאות



שם: דר' בין אברהם
תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית
כתובת: גרינבוים 18, ראשון לציון
טלפון: 03-9661394
פקס: 03-9693053

קוד הפניה: 125915431

פרטי הנבדק:	
שם פרטי: גבריאל	שם משפחה: כהן
ת.ז.: 34949776	ת.לידה: 28/03/1979
טל.עבודה/נייד: 0546598477	מין: ז
מיקוד: 6772032	גוש עציון 9, תל אביב - יפו
כתובת: 0034949776	

מכון פיזיותרפיה

תלונות: הנלעבר תאונת דרכים ב-02.04.2019 פונה לכיח איכילוב
צולם בכתף וקרסול שמאל לא אובחנו שברים
עדין נפוחות בקרסול שמאל וכאבים

ממצאים: רגישות ונפיחות
בצד החיצוני
הנל שבר את קרסולו השמאלי לפני 4 שנים

אבחנה:

• ARTHRALGIA

בעיות ידועות:

• PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)

מעשנות: כן

סיבת ההפניה: KYHPUKEO VNXUR

הזמן
29/07/2019 עד תאריך - 30/04/2019
מאתאריך - 90 יום
תוקף ההפניה ל- 90 יום, מתאריך - 30/04/2019 עד תאריך - 29/07/2019
לא להגיע עם מסמכים רלוונטיים**

30/04/2019

תאריך

חתימה וחותמת

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך הדפסה: 04/04/2019

מ.ר גורס מפנה



017648

שם: ד"ר גורס

תחום שירות: סומחה ברפואה פנימית

כתובת: דרך ההגנה 41 תל אביב - יפו

טלפון: 03-7910100

פקס: 03-7178243

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 34949776

שם פרטי: גבריאל

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0546598477

טלפון: 035372871

מין: ז

ת.ל.ד: 28/05/1979

ת.ל.ד:

מיקוד 6772032

גוש עציון 9, תל אביב - יפו

כתובת:

0034949776

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת בד"שומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 03/04/2019 ועד יום: 04/04/2019 סה"כ: 2 ימים.

04/04/2019

תאריך

חתימה וחומת הרופא

[illegible]

714 2841 714
714 2841 714
1133 12.10 17448 714

רשמת תרומות שתופך להם מרשם דיגיטלי בריקור מתאריך: 04/04/2019 (דף זה אינו מרשם)

Tab. caffeine 50 mg
codeine phosphate 15 mg
paracetamol 500 mg
* ROKACET PLUS

המחלקה
האדמיניסטרטיבית

LEGAL COUNSEL

722

100

3

1989

...

100

10

10

Wally Lab, caffeine 50 mg
and codeine phosphate 15 mg
paracetamol 500 mg
* ROKACET PLUS

Q. 12. 1953

1001 1001

01 17307

04/2019

ה'תש"ח - 04/04/2019-
הש"ח *

15% MINIMUM
FAB 48:71

ועל פי שטראוס, התקבלה לפעם חלופה גברית שאומרת על "ההשתתפות העצמית הקבוע בבית המרחק" של פונקטור המכונה המאונטר לקופר ועל פי החלפים שבמחקר זהם הניחוק חזקה להפג כרטיס מגנטי בבית המרחק או רשימת תרומות בביקור לדיעתן. חרש החפץ עם חומרה דינמית. חפץ בבית המרחק הקאם הוא מפיץ בואזר המרשמים המפוזרים במחלקה של כלי תחבורה לא ניתן לפקד את התרומות. "ישומה זו אחת החליף למרשם רפואי: תרומות שדורשות מרשם נזיר אתן מצאנו ברזי זה לצורך בליתם של חלוצים עם המרשם כפופים.

11



0034949776

14/05/2019 עד 30/04/2019 המרשם בתוקף מ:

מר כהן גבריאל

גוש עציון 9 תל אביב - יפו

Rp. טל סולרין 0546598477 טלפון: 035372871

טו"כ: TAB 14

שם התרופה: Tab. etoricoxib 90 mg

שמות החלופות: TAB. ETORICOXIB 90MGX14TAB <1 OP> [74263]
* TAB. ARCOXIA 90MG X 14 <1 OP> [38663]

הוראות שימוש: לבליעה 1 טבלית 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבלית) לתקופה של 14 ימים.

50%

ההשתתפות העצמית תקבע בסיוע הרקחת על פי
תוכנית הגביה המאושרת לתקופה של 14 ימים שבתוקף
ביום הניפוק



355373

[0.מ]

בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקחת/ת לגפק חלופה
גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

018667

ד"ר ביין אברהם
מומחה כירורגיה אורתופדית
גרובניס 18, ראשון לציון
מ.ר: 18667 טל: 03-9661394

חובה להציג כרטיס מגנטי בבית מרקחת!

חתימה וחתימת הרופא

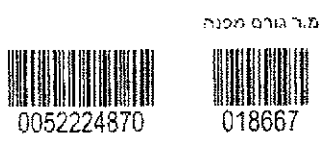
30/04/2019 ת הפקה:

לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטאלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים
הממוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת עליו והמרשם לא נוצל עדיין.

12

30/04/2019 תאריך הדפסה:

מכבי שירותי בריאות



שם: דר' בין אברהם
תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית
כתובת: גרינבוים 18, ראשון לציון
טלפון: 03-9661394
פקס: 03-9693053

קוד הפניה: 125915243

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל
ת.ז.: 34949776	טל. עבודה/מיד: 0546598477
ת.לידה: 28/03/1979	טלפון: 035372871
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032

הפניה למכון דימות

C.T:100

שם המכון:

(מ.רפואי וולפסון) בי"ח/קרן
(C.T) טומוגרפיה ממוחשבת
62 כנר הלוחמים
58100
03-5028211

תלונות:

הנלעבר תאונת דרכים ב-02.04.2019 פונה לביח איכילוב
צולם בכתף וקרסול שמאל לא אובחנו שברים
עדין נפוחות בקרסול שמאל וכאבים

ממצאים:

רגישות ונפוחות
בצד התיצוני
הנל שבר את קרסולו השמאלי לפני 4 שנים

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעשנת: כן

בעיות פעילות:

• PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)

בעיות פעילות:

קוד מב"ר
L1039

בדיקה דרושה

קרסוליים - בלי חומר ניגוד

שאלה לרדיולוג/פרוטוקול ביצוע הבדיקה:

מצב המיפרקי

תאריך: 30/04/2019 שם הרופא: דר' בין אברהם

אם בידך בדיקות קודמות או צילומי רנטגן - אנא הבא אותם לבדיקה
תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/04/2019 עד תאריך - 30/04/2019
יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.
** מא להצטייד בכרטיס מגנטי **

13

תאריך הדפסה: 30/04/2019

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה



0052224870



018667

שם: דר' בין אברהם

תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: גרינבוים 18, ראשון לציון

טלפון: 03-9661394

פקס: 03-9693053

קוד הפניה: 125915037

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 34949776

שם פרטי: גבריאל

שם משפחה: כהן

טל.עבודה/נייד: 0546598477

טלפון: 035372871

מין: ז

ת.ל.ידה: 28/03/1979

ת.ל.ידה:



0034949776

מיקוד: 6772032

גוש עציון 9, תל אביב - יפו

כתובת:

US איברים

תלונות: הנלעבר תאונת דרכים ב-02.04.2019 פונה לביח איכילוב
צולם בכתף וקרסול שמאל לא אובחנו שברים
עדין נפיחות בקרסול שמאל וכאבים

ממצאים: רגישות ונפיחות

בצד החיצוני

הנל שבר את קרסולו השמאלי לפני 4 שנים

אבחנה:

• ARTHRALGIA

מעש/ת: כן

בעיות ידועות:

• PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)

הבדיקה הדרושה אולטראסאונד

קרסול - 6880 (שמאל)

שאלה למבצע הבדיקה: 11

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

30/04/2019

חתימה וחומת הרופא

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

תוקף ההפניה ל-90 יום, מתאריך - 30/04/2019 עד תאריך - 29/07/2019

מרכז זימון תורים 53-53-7001

א. א. א. א. א.

14

תאריך: 30/04/2019
שעה: 20:05:36



מ.רפואי וולפסון (בי"ח/קרן) (1104)
טומוגרפיה ממוחשבת (C.T)

לכבוד
בית חולים
מכון
מכר הלוחמים
62
58100
טלפון: 03-5028211

התחייבות מספר: 190420176

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי כהן גבריאל ת.ז. 34949776
חבר ב- מכבי זהב - מכבי ש.בריאות ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות
גיל החבר: 40

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
034949776	190420176	30042019

קוד מס CPT	קוד מקורי	תאריך	תאריך יציאה	כמות טפולים
1 73700 05 CT קרסול	WS240	30/04/2019	1	1

ישוב: תל אביב-יפו מרכז רפואי: יד-אליהו
מתאם שרות: 58
טל: 03-6307222

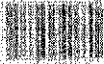
התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 27/10/2019

במידה וההתחייבות לא מומשה, יש להחזירה לסניף לבדיקת החיוב

נספח להתחייבות מספר 190420176:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

בברכת בריאות טובה "מכבי שרותי בריאות"

ד"ר משה
מנהל שירותי
בריאות



שם: משה אבי
תאריך לידה: 12/05/2018
מספר: 037222
סוג: 01-2284287

שם: משה אבי	תאריך לידה: 12/05/2018	מספר: 037222	סוג: 01-2284287
שם: משה אבי	תאריך לידה: 12/05/2018	מספר: 037222	סוג: 01-2284287

סיכום טיפול פיזיותרפיה

למרצת: משה אבי
תאריך: 12/05/2018
מספר: 037222
סוג: 01-2284287
החולה עליו: לסיכום טיפול פיזיותרפיה
ARTHRALGIA -

מטרת: להפחית את הכאב ולשפר את תפקוד המפרק
תאריך: 12/05/2018
מספר: 037222
סוג: 01-2284287
הטיפול: טיפול פיזיותרפיה
הטיפול: טיפול פיזיותרפיה
הטיפול: טיפול פיזיותרפיה
הטיפול: טיפול פיזיותרפיה

תאריך: 12/05/2018

מספר: 037222

שם מוד	ציון בקבלה	ציון בריקור
100-0	43	52
10	8	3
Physical Fear Avoidance	100	100

Therapeutic Exercises-

Modalities-

Administrative and Others-

Specific Education Techniques-

THERAPEUTIC EXERCISE

MODALITY ELECTRO SHORT WAVE
MODALITY ELECTRO FOR PAIN
MODALITY HEAT PACK

EVALUATION REASSESSMENT
EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

EDU SELF EXERCISE
EDUCATION TECHNIQUES

9 ביקורים

סיכומים

ק

לחידה לפעילות

אגודת סגורת בי אונג

שם: מסרי אנס
תחום שירות: פזיותרפיה
כתובת: לה גארידיה 58 תל אביב - יפו
טלפון: 03-6307222
073-2284287

מסר מספר



101510

שם פרטי: גבריאלי	שם משפחה: כהן	פרטי הנדק:
ת.ד: 34949776	ת.ל.י: 28/03/1979	
טל. עבודה/הייד: 0345598477	טלפון: 035372871	
מיקוד: 672032	גוש עציון 9 תל אביב - יפו	כתובת: 0034949776

מאגז מסרות הטיפול: המטרות הושגו במלואן
מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפול-ביטחון
התמודד בתרגול עצמי-ביטחון

הערות:

VAS 3 בקרסול שמאל
לא מוביל אותו ביומים אבל הוא לא מתאמץ. לא עושה הליכות. רוב
הזמן בעבודה על אופנוע
הושגו מטרות טיפול
התבקש להתחיל לבצע הליכות מתי שירגיש שיש לו זמן. לפחות פעם
בשבוע. ולחזור לטיפול אם יש צורך ואם ההליכות מפיקות כאבים
"הודגש חשיבות ההפעלה והפעילות גופנית כדי להמינע מנוקשות
וכאבים של חוסר תנועה

השמה להמשך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים.

גנני רב

שם פזיותרפיה: מסרי אנס

שם המכון: יד אליהו מכון פזיותרפיה

הפק ללא הדפסה



שם מטופל : ת.ז. :

טופס יומן זימונים - יחידה לטיפול בכאב

נא לסמן את המשך הטיפול המומלץ (לסמן בעיגול):

- הפנייה לאשפוז יום
- בדיקת רופא (ביקורת) בעוד: חודש חודשים 3 חודשים חצי שנה
- חסימה עצבית/ הסננה (מרקאין , סטורואידים) (קוד L1996)
- הזרקה אפידורלית (קוד 01996)
- הזרקה תחת אולטרסאונד (L1997 לידוקאין).
- הזרקה תחת שיקוף (L1997)
- עירוי לידוקאין (L0784)
- טיפול בגלי רדיו (L2001)

לזמן מטופל על פי זמינות הבאה: (לסמן בעיגול)

1. דחוף
2. בהקדם
3. על פי זמינות יומן

תוכנית טיפול :

1. טיפול בודד
2. סדרת טיפולים (לסמן בעיגול) 4 טיפולים 6 טיפולים 8 טיפולים 12 טיפולים

הערות רופא :

חתימת רופא

מד"ר יעקב שמואל רענן

ד"ר יעקב שמואל רענן

מסמך לרפואה פנימית/שיקוף

מר 2564 מ.ד. 277

תאריך ושעה 17.06.20



017648

קוד הפניה: 173449959

טלפון: 03-7910100

פקס: 03-7178243

כתובת: דרך ההגנה 41, תל אביב - יפו

ד"ר גור יואב

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.לידה: 28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	טל. עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		

התייעצות מומחה

- במכבי

טיפול בכאבתחום שירות:סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: כאב בקרסול לאחר שבר
בשבוע אחרון מצטרף כאב גב לאחר תאונה
מופנה לייעוץ כאב

• BACKACHE

מעשנת: כן

בעיות ידועות:

• PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)

• FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

מטרת ההפניה: חוות דעת / תוכנית טיפול

02/06/2020

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לייעוץ.

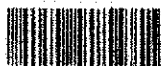
תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 02/06/2020 עד תאריך - 29/11/2020

ד"ר גור יואב
מומחה פנימית וכללית
מ"ר גורם מפנה
11333

035087000
187



0053474375



017648

קוד הפניה: 175817923

טלפון: 03-7910100

פקס: 03-7178243

כתובת: דרך ההגנה 41, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:	שם משפחה: כהן	שם פרטי: גבריאל	ת.ז.: 34949776
ת.ל.י.ד.: 28/03/1979	מין: ז	טלפון: 035372871	טל.עבודה/נייד: 0546598477
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו	מיקוד: 6772032		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: במרפאת כא ברעות, עקב כאבי ברכיים פטלו פמוראליים בבדיקה לא היה רושם שמקור הכאבים בסהרונים או מערכת רצועות כאב בקרסול שמאל לאחר שבר לפני מספר שנים בוצע דיקור יבש נקודות הבדק ב TA GASTROCNE SOLEUS יוזמן לבלוק עצבי קרסול לפני ואחרי צריך פיזיותרפיה

• LEG PAIN

אבחנה:

- PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

בעיות ידועות:

מעשנות: כן

סיבות ההפניה: חוות דעת / תוכנית טיפול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 18/06/2020 עד תאריך - 15/12/2020

"גא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

18/06/2020

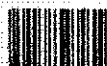
תאריך

חתימה זהותמת

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפול בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, גא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.



0053474375



017648

קוד הפניה: 175817806

טלפון: 03-7910100

פקס: 03-7178243

כתובת: דרך ההגנה 41, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:		שם משפחה: כהן		שם פרטי: גבריאל		ת.ז.: 34949776	
ת.לידה: 28/03/1979		מ.ז.:		טלפון: 035372871		טל.עבודה/נייד: 0546598477	
כתובת: גוש עציון 9, תל אביב - יפו		מיקוד: 6772032					

מכון

שם המכון: מרפאת כאב רעות

תלונות: במרפאת כאב ברעות עקב כאבי ברכיים פטלו פמוראליים בבדיקה לא היה רושם שמקור הכאבים בסהרונים או מערכת רצועות
כאב בקרסול שמאל לאחר שבר לפני מספר שנים בוצע דיקור יבש נקודות הבדק ב TA GASTROCNEMUS
יוזמן לבדוק עצבי קרסול

אבחנה:

• LEG PAIN

בעיות ידועות:

- PSEUDOTUMOR CEREBRI (6/2013)
- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED Left (2014)

מעשית: P

הבדיקה הדרושה: בלוק עצבי קרסול

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

18/06/2020

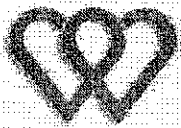
תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחולצת הרופא

לזימון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה, עליך לפנות למרכז זימון תורים: *3555 או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 18/06/2020 עד תאריך - 15/12/2020



רעות

מרכז רפואי שיקומי רעות
(בית ליכטנשטטר, בית פורדטיס)
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר אוניברסיטת תל-אביב
Reuth Rehabilitation Hospital
(Lichterstaedter Hospital, Belt Fortshaimed)
Affiliated to the Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University

אגף מרפאות חוץ ואשפוז יום ע"ש נורמה שכטר
מרכז לשיקום תסמונת כאב
מרכז הארצי לאבחון טיפול ומחקר ב - CRPS

Outpatient Rehabilitation Center Norma Shachter
Center for Rehabilitation of Pain Syndromes
CRPS National Center

מרפאת כאב - סיכום ביקור

תאריך ביקור: 17/06/2020

אבחנות

BILATERAL PATELLO-FEMORAL PAIN
LT ANKLE PAIN, CHRONIC, S/P BIMALLEOLAR ANKLE FRACTURE 2014

רגישויות

לא

שימוש במדללי דם

לא

תולדות המחלה

בן 41, נ1+, עובד בעיריית תל אביב בהתקנת תשתיות רחוב, עבודה פיזית. נהג ב' וא'.
סובל מכאבים בקרסול שמאל מאז שבר דו פטישוני בשנת 2014 ולאחרונה נחבל שנית באותו הקרסול.
בנוסף, כאבי ברכיים מזה מעל 20 שנים לאחר ניתוחים - כריתת סהרונים, תיקון ACL מימין.
כאבי גב תחתון לסירוגין, הכאבים התקפיים, נעזר בזריקות וולטרן בתקופות של כאב.
מקבל אופטלגין בטיפות 1000 מ"ג לפי הצורך.
בעבר אטופן ללא השפעה. לקח מחברים מדבקה שעזרה אך הסיר אותה למחרת.

היסטוריה רפואית ומחלות רקע

בריא

בדיקה נוירולוגית

מערכת מוטורית: מבנה גוף תקין, נפח וכח השרירים תקין בכל הקבוצות.
מפרק הרגליים ללא דפורמציה, ברכיים ללא אודם, נפיחות, ללא סימני נוזל חופשי תוך מפרקי. רגישות במישוש גיד הפיקה דו"צ ובהנעת
הפיקות על גבי המפרק הפטלו-פמורלי. ללא רגישות במישוש סדר מפרקי, ברכ שמאל - אי יציבות קדמית-אחורית קלה, פרט לכך הברכיים
יציבות, ללא סימנים מניסקאליים.
קרסול שמאל - ללא דפורמציה, אודם או נפיחות, רגישות דיפוזית סביב הקרסול, רגישות עם הפקת כאב בפאטרן שמוכר לו במישוש שריר
TA.
טווחים מלאים כולל תנועות תת טלריות, יציבות שמורה.
ללא חסר נוירולוגי מרכזי או היקפי.

סיכום דין

כאבי ברכיים פטלו-פמורליים, בבדיקה היום לא היה רושם שמקור הכאבים בסהרונים או מערכת הרצועות.
כאב בקרסול שמאל לאחר שבר לפני מספר שנים, קיים גם מרכיב מוסקולוסקלטלי.
היום בוצע דיקו יבש נקודות הדק בשרירי TA GASRTOC-SOLEUS.
יוזמן לבלוק עצבי הקרסול

המלצות

1. נא להפנותו לANKLE BLOCK בהנחיית US במכוון - שמאל
2. ס"ד לפני הפעולה
3. חיזוק שרירי ארבע ראשי כולל הגדלת נפח השרירים לשיפור הכאב הפטלו-פמורלי
4. לאחר הבלוק יופנה לפיזיותרפיה לשיפור שליטה פרופריוצפתיית ברקסול
5. ROKACET PLUS שני כדורים עד 3 פעמים ביום - לפי הצורך
6. TAB TRAMADOL 100 MG X 1/DAY לטיפול קבוע

מסכת רפואית שיקומית רעות
ד"ר יובל אורי יבסקי
מומחה לרפואת שיקום
17.06.2020 12:57:21

תאריך: 12:57:21 17/06/2020

חותם: ד"ר אורי יבסקי יבגני

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
כין	גריטל	34449716	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
אזרחי	9	למנין	

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

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

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

תאריך: 23.10.19 עד לחתימה ומס' ת.ז. עמית אריאל פריינברג חתימה: _____
(מס' רשמי: 62254) (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

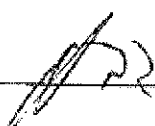
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 23 לחודש 10 שנה 2019

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עורך-דין

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ג'תשס"ח / 3444, מרחוב מזל זכרון 9 תל אביב, מס' 12345678,
ת.ז. מס' 12345678, את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נגד
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי במשפט של נגד
בענין תאונת דרכים מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי
הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל
בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי 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 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.

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 20/

בבית משפט השלום
בהרצליה

גבריאל כהן - נגד - "הפול" המאגר הישראלי לביטוחי רכב

התובע, גבריאל כהן, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי ובתחום רפואת הכאב לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים "איכילוב" בתל אביב ובמסגרת קופת החולים מכבי.

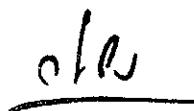
העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

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

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



28.10.19

לכבוד

המאגר הישראלי לביטוח רכב חובה - הפול

מרחוב האצ"ל 1

ראשון לציון

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.

הנדון: תאונה מיום 2.4.19

מס' רכב: 55-534-89

הנפגע: גבריאל כהן, ת.ז. 34949776

הנני מייצג את מרשי שבנדון והריני מתכבד לפנות אל כב' ולפרט כדלקמן:

1. בתאריך 2.4.19 בשעה 18:30 או בסמוך לכך, ברחוב משה דיין 136, בתל אביב, החליק מרשי וכתוצאה מכך נפגע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").

רצ"ב טופס הודעה על תאונה ושטר חוב "נטלי", מסומנים "1 - 2".

2. ממקום התאונה הובהל מרשי לבית החולים איכילוב, בתל אביב, שם אובחנו חבלות בכתף וברגל שמאל, לאחר ביצוע בדיקות הדמיה אשר שללו שבר, אך, הדגימו מרווח מפרקי מעט מוצר, שוחרר מרשי לביתו כשידו נתונה במתלה ורגלו חבושה, בהמלצה להמשך מעקב רפואי, רגל מורמת, נטילת משככי כאבים ומנוחה.

רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "3 - 7".

3. מרשי אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות קרסול ורגל שמאל (יצויין כי רגל זו נפגעה בעבר בתאונה בה שבר את הקרסול), טופל במסגרת קופת החולים, ניתנו לו תרופות נוגדות דלקות ומשככי כאבים והוא הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, ביצוע בדיקות הדמיה ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "8 - 14".

4. מרשי ביצע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים והופנה להמשך מעקב רפואי במסגרת קופת החולים.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "15 - 16".

5. מרשי עובד בעיריית תל אביב, באגף התברואה, עבודה פיזית מעצם טיבה וטבעה, לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה התקשה מרשי בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה ונגרמו לו הפסדי שכר.
6. לאחר התאונה, ומחמת תוצאותיה, סבל מרשי מכאבים והגבלה בתנועות כתף ורגל שמאל, מקושי בעמידה, ישיבה והליכה ממושכת, מקושי בכיפוף וביצוע פעולות בעצימות גבוהה, מקושי בהירדמות ושינה רציפה הוא נזקק לקבלת טיפול רפואי.
7. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקק מרשי לעזרה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו.
8. מחמת התאונה ותוצאותיה, בשים לב לאופי פגיעותיו, נזקק מרשי להוצאות בגין הסעות מיוחדות ומוניות.
9. בנסיבות המתוארות לעיל, ועל מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה ובקשה למינוי מומחים, אהיה מוכן להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי גלובלי בסך של 65,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.
10. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.
- *רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

16
אריאל פרייברג, עו"ד

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	11-06-2020 11:41:41	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא



תאריך: 09/01/2020
מספרם: 2019000006066
מספרך:

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

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

א.ג.ב.,

הנדון:	ת"ד מיום	- 2/04/2019
	שם נפגע/ת	- כהן גבריאל
	מס. רכב	- 5553489
	שם הפוליסה	- אופנוע ובעלות פרטית
	מספר פוליסה	- 711701464318
	שם המבוטח	- כהן גבריאל
	סוג הכיסוי הביטוחי	- ביטוח חובה

מאשרים קבלת מכתבך מיום 08/12/2019.

רצ"ב כתב קבלה ע"ס 7,000 ש"ח לחתימת מרשך ואישורך.

כתב קבלה זה מבטל את כתב הקבלה הקודם.
בכפוף להמצאת טופס ההודעה המצ"ב.
בכפוף להמצאת יפוי כח.

תזכורת 11.6.2020

נא להחזירו אלינו לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי.

לתשומת לבך: לא יכובדו שטרות המגיעים לחברה באמצעות פקס !!!

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 וחסכון במשרד האוצר.

בכבוד רב,

דנה תבוש
מחלקת תביעות

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



דיווח ראשוני על תאונת דרכים

במטרה לטפל במהירות וביעילות בתביעה, נבקשך למלא את הטופס במלואו ולהעבירו חתום על כל פרטי 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 תוצאת רישיון	מקום עבודה וכתובתה

☐ 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 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.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ חתימת הנהג _____

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	11-06-2020 11:41:56	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא



תאריך : 09/01/2020

כתב קבלה ויתור ושתרור

אני הח"מ כהן גבריאל נושא ת.ז. מס. 34949776 שכתובתי היא גוש עציון 00009 תל-אביב (להלן: "התובע") מאשר/ת ומצהיר/ת כדלקמן:
הואיל ובתאריך 2/04/2019 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונה דרכים ב (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם /או עקיפים.
והואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") (להלן: "המבטח") וכן עם כהן גבריאל (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 והמבטחים באמצעות פרייברג אריאל, עו"ד הינו סך של 7,000.00 ₪ (שבעת-אלפים ש"ח). הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
- תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר/ת בזה לחלוטין ומוחלט/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 חיקוק שיתקן וגם/או יבוא במקום דין הקיים היום או שיוחק בעתיד.
- שטר זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות המבטחים או המבטחים הנ"ל ואין בו הודאה כלשהי בזכותי או כדי להפסיק את מרחץ ההתיישנות בתביעותי במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות הנ"ל באם לא יחתם על ידי לבסוף מסיבה כלשהי.
- הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את המבטחים והמבטחים או מי מהם, בסכום שלא יעלה על הסכום המצויץ בסעיף 1 דלעיל מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה ו/או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד בגין כל תביעת שיכוב שתשולם על ידם לאדם או לגוף שפיצו אותי על נזק עקבור 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 זכאי להן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994, ככל שאני זכאי לפיצוי כזה לרבות הוצאות בגין פינוי באמבולנס מכל שהיה.
- הנני מצהיר/ת ומתחייב/ת בזה:
 - התאונה לא ארעה במהלך עבודתי או בדרך מביתי לעבודתי או בתורה מעבודתי לביתי.
 - אין בדעתי לתבוע מהמוסד לביטוח לאומי להביר בתאונה כתאונת 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 נוסה מן הסכום שמשולם 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 בזאת לפצות ולשפות את מקבל התביעה או הדרישה מיד עם דרישתו הראשונה, על כל סכום שהוא ידרש לשלם, לרבות הפרשי הצמדה ושכ"ט עו"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 המבטחה על פי דין ביטוח משותף וכי המבטחות המשתתפות בביטוח זה מפורטות בתעודת ביטוח (להלן: "התעודה"). עוד ידוע לי שהחלקה באחריות של כל מבטחת המשתתפת בביטוח המשותף הוא בהתאם לשיעור (באחוזים) הנקוב בתעודה לצד שמה, ואין מבעות משתתפת אחת אחראית בגין חלקה בחבות של מבטחות משתתפת אחרת. לפיכך, מבטחת שתחדל להיות בת פרעון לפני תשלום הסכום הנקוב בסעיף 1 דלעיל, יגרע חלקה מהפיצוי שישולם לי על פי כתב זה.
 - הנני מצהיר כי, אינני מקבל ואינני עתיד לקבל פנסיה כלשהי מקרן פנסיה בגין התאונה.
 - ידוע לי כי אין זרק 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 ביד וכל אחד מהם לחוד.
 - הנני מתחייב/ת לבטל את תביעתי ב_ ת.א.
 -

לראיה באתי על החתום:

היום _____ בחודש _____ שנת _____ חתימה

עד לחתימה _____ (שם וכתובת מלאים)

אני החתום משה _____ עו"ד, מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו מוכר לעיל מרצות השוב והרופשי ואשר הודעה בפני להסחת דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.



חתימה
עו"ד

תאריך:

מס. התביעה: 2019000006066 מס. פוליסה: 711701464318 על שם: בהן גבריאל.

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

נ/פ

8.12.19

לכבוד

המאגר הישראלי לביטוח רכב חובה - הפול

מרחוב האצ"ל 1

ראשון לציון

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 2.4.19

מס' רכב: 55-534-89

הנפגע: גבריאל כהן, ת.ז. 34949776

מס' תביעה: 711701464318

1. בהמשך למכתבכם, מצ"ב סיכום טיפולי פיזיותרפיה.
2. בנסיבות, לאור התיעוד הרפואי, אודה לקבלת הצעה המגלמת נכות.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

16
אריאל פרייברג, עו"ד

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

ר"ת אצ"ל 1, ת.ד. 17160, ראשון לציון 7507101, פקס 03-9424300, טל. 03-9620909

תאריך: 08/12/2019

כתב קבלה ויתור ושחרור

אני הח"מ כהן גבריאל נושא ת.ז. מס. 34949776 שכתובתי היא גוש עציון 00009 תל-אביב (להלן: "התובע") מאשר/ת ומצהיר/ת כדלקמן:

הואיל ובתאריך 2/04/2019 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים ב (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטעמתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

הואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול") (להלן: "המבטח") וכן עם כהן גבריאל (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:

1. הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבטחים והמבטחים באמצעות פרייברג אריאל, עו"ד הינו סך של 4,500.00 ₪ (ארבעת אלפים וחמש מאות ש"ח). הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
2. תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר/ת בזה לחלוטין ומוחה/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 שיהיו בעתיד ועל פי חיקוק שיתקן וגם/או יבוא במקום דין הקיים היום או שיוחק בעתיד.
3. שטר זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות המבטחים או המבטחים הנ"ל ואין בו הודאה כלשהי בזכויותי או כדי להפסיק את מרוץ ההתיישנות בתביעותי במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות הנ"ל באם לא יחתם על ידי לבסוף מסיבה כלשהי.
4. הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את המבטחים והמבטחים 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 שיבוב שתשולם על ידם לאדם או לגוף שפיצו אותי על נזק עבור קבלתי פיצוי מהמבטחים ו/או מהמבטחים עקב התאונה הנ"ל, למעט הוצאות רפואיות המכוסות במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ובתנאי שיבוצעו במסגרת הרפואה הציבורית.
5. 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.
6. הנני מצהיר/ת ומתחייב/ת בזה:
 - א. התאונה לא ארעה במהלך עבודתי או בדרך מביתי לעבודתי או בחזרה מעבודתי לביתי.
 - ב. אין בדעתי לתבוע מהמוסד לביטוח לאומי להכיר בתאונה כתאונת עבודה.
 - ג. לא קיבלתי עד היום השלום כלשהו מהמוסד לביטוח לאומי בגין התאונה, ידוע לי כי הסכום שישולם לי עפ"י שטר קבלה זה כולל בחוכו גם את התקבולים האמורים להשתלם, אם בכלל, ע"י המוסד לביטוח לאומי ושיעורן של הגמלאות הנ"ל לא נוטה מן הסכום שמשולם עפ"י שטר קבלה זה.
 - ד. במידה ותבוא דרישה או תביעה לשפוי מצד המוסד לביטוח לאומי כלפי המבטחים ו/או המבטחים או בגין הקבולים 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 עו"ד ומע"מ.
 - ה. 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 למבטחים ולמבטחים עפ"י שטר קבלה זה.
7. ידוע לי שהביטוח באמצעות המבטחה על פי דין ביטוח משותף וכי המבטחות המשתתפות בביטוח זה מפורשות 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 שתחדל להיות בת פרעון לפני תשלום הסכום הנקוב בסעיף 1 דלעיל, יגרע חלקה מהפיצוי שישולם לי על פי כתב זה.
8. הנני מצהיר כי, אינני מקבל ואינני עתיד לקבל פנסיה כלשהי מקרן פנסיה בגין התאונה.
9. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי, הסכמתי והצהרתי דלעיל הסכימו המבטחים והמבטחים לשלם לי את הסכום.
10. במקרה שכתב זה נחתם על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים, נאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
11. הנני מתחייב/ת לבטל את תביעותי ב. ת. א.
- 12.

לראיה באתי על החתום:

היום _____ בחודש _____ שנת _____ חתימה _____
 עד לחתימה _____ (שם וכתובת מלאים)
 אני החתום מטה _____ עו"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 בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

רחל אבי"ל 1, ת.ד. 17160, ראשון לציון 7507104 על: 03-9424300 פקס: 03-9620909

תאריך: _____ חתימה
עו"ד
מס. ההביעה: 2019000006066 מס. פוליסה: 711701464318 על שם: כהן גבריאלי.

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date & Time	08-12-2019 07:42:05	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")

החל מא"ל 1, ת.ד. 17160, ראשון לציון 7507101, טל. 03-9424300, פקס 03-9620909

תאריך: 08/12/2019
מספרו: 2019000006066
מספרך:

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

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

א.ג.ב.,

הנדון: ת"ד מיום 2/04/2019 -
שם נפגע/ת - כהן גבריאל
מס. רכב - 5553489
שם הפוליסה - אופנוע בבעלות פרטית
מספר פוליסה - 711701464318
שם המבוטח - כהן גבריאל
סוג הכיסוי הביטוחי - ביטוח חובה

רצ"ב כתב קבלה ע"ס 4,500 ש"ח לחתימת מרשך ואישורך.

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

לחילופין נא המצא כרטיס טיפולי פיזיותרפיה קריא וברור.

נא להחזירו אלינו לצורך הכנת התשלום.

אין במכתבנו משום הודאה בחבות או בזכות כלשהי.

לתשומת לבך: לא יכובדו שטרות המגיעים לחברה באמצעות פקס !!!

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,

דנה חבוש
מחלקת תביעות

ליריעתך, על פי המידע שבידנו ארעה התאונה ביום 2/04/2019.

תביעה בגין פגיעת גוף שנגרמה בתאונת דרכים עליה חל חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה 1975 מתיישנת לפי ס' 5 לחוק ההתיישנות תשי"ח 1958 לאחר 7 שנים ממועד התאונה. במקרה והתובע הינו קטין במועד התאונה לא יבוא בחישוב תקופת ההתיישנות הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע 18 שנים וזאת ע"פ ס' 10 לחוק ההתיישנות הנ"ל.

מועד התיישנות חריגה אשר ארעה באירועים ובשטחים כהגדרתם בפקודת ביטוח רכב מנעו [נוסח חדש] התשל"ה 1970 הינה ע"פ הדין החל במקום אירוע התאונה, לתשומת ליבך רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מירץ תקופת ההתיישנות.

המאגר הישראלי לביטוחי רכב ("הפול")
רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 7507101 טל: 03-9424300 פקס: 03-9620909

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
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	נייד
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	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 הזכרה 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 המערב	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.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ חתימת הנהג _____