

29/12/21

ת.א. 6253-08-21

בבית משפט השלום

בבת ים

תאריך חתימת המסמך: 23/12/21

תחשיב נזק מטעמו של התובע

התובע:

אביהו מזרחי, ת"ז 301222469
מרחוב הבושם 17/17 תל אביב

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

– נ ג ד –

הנתבעת:

שלמה, חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 513879189
באמצעות ב"כ עו"ד תומר זמר ואח'
מרח' הברזל 25, תל אביב
טל': 03-5101717; פקס: 03-5101040

א. נתונים

1. תאונת דרכים מיום 15/6/2020
2. יליד 8/11/1987 (בן כ- 33 במועד התאונה, ובן כ- 35 כיום).
3. נכויות (נכות על פי דין- ס' 6.ב. לחוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה-1975):
 - א. נכות בשיעור 30% מיום 25.7.20 ועד ליום 30.9.20.
 - ב. נכות בשיעור 20% מיום 1.10.20 ועד ליום 31.12.20.
 - ג. נכות בשיעור 10% מיום 1.1.21 ועד ליום 15.2.21
 - ד. **נכות צמיתה בשיעור 5% החל מיום 15.2.21 בגין קשיון נוח של אצבע מספר 2 מותאם.**

ב. הבסיס לתחשיב

1. בין השנים 2010 – 2020 התגורר התובע בארצות הברית ועבד בעבודות בתחום המכירות והסחר. לאחר שובו ארצה במסגרת התאקלמותו וכתיבת סיפור חיו בארץ, החל התובע לעבוד בחברת מרדכי זיבאי בע"מ – חברה העוסקת בתחום התברואה ופועלת עבור המועצות המקומיות השונות בפינוי פסולת.
2. בתפקידו עסק התובע בפינוי פסולת גושית מרחובות הרשויות השונות.

3. שכרו בחודשים פברואר – אפריל 2020 הסתכם בסך של 5,840 ₪ בממוצע לחודש.

מצ"ב תלושי שכר מסומנים "1-3".

4. בחודש מאי 2020 החל מרשי לעבוד בחברת מצדר בע"מ בפינוי פסולת באמצעות משאית דחס.

5. מחמת התאונה ותוצאותיה נבצר ממרשי להמשיך בעבודתו וזו הופסקה ע"י מעסיקו.

מצ"ב מכתב אישור העסקה מסומן "4".

6. מחמת התאונה ותוצאותיה היה התובע בחופשות מחלה מיום התאונה ועד ליום 24/7/20 ובהמשך ניתנו לו חופשות מחלה נוספות בעת התקפות כאב וקושי בביצוע פעולות ידניות בסיסיות.

7. בחודש אוגוסט 2020 ניסה התובע לשוב לעבודה בחברת מרדכי זיבאי אולם ניסיון זה כשל מחמת מצבו וביום 18/9/20 הופסקה עבודתו והוא נותר מחוץ למעגל העבודה וזאת עד לחודש מרץ 2021 אז החל לעבוד בחברת שפיר תעשיות בע"מ.

מצ"ב אישור תקופות העסקה, מסומן "5 – 6".

8. בשים לב לנסיבות המקרה והעובדה שהתובע שב ארצה לאחר שהות ממושכת בארצות הברית יחושב פוטנציאל השתכרותו על בסיס השכר הממוצע במשק.

9. נכותו של התובע משפיעה על התובע השפעה ניכרת הן בשל אופי הפגיעה והן בשל נסיבותיו האישיות והעובדה כי המדובר הוא בתובע עובד כפיים אשר מטה לחמו הינו כושרו הפיזי ויכולתו לבצע עבודות הכרוך בפעילות פיזית מאומצת. על כן, התובע יטען כי נכותו התפקודית עולה בשיעור ניכר על נכותו הרפואית ולצרכי פשרה בלבד יעמידה בשיעור של 15%.

ג. התחשיב

1. הפסדי השתכרות בעבר-

א. בתקופת ימי המחלה –

ע"ב שכר ממוצע במשק בחיסור תשלום דמי הפגיעה -

10,617 ש"ח – 3,607 ₪

7,010 ₪

ב. בחודשים אוקטובר 2020 – מרץ 2021 –

הפסדי שכר מלאים

10,617 ₪ X 4 חודשים (בניכוי 1,577 אשר שולמו ע"י המל"ל) - 40,891 ₪

ג. ביתר תקופת העבר -

10,617 ₪ X 15% X 9 חודשים - 14,332 ₪

2. הפסדי השתכרות בעתיד (עד גיל 67) -

10,617 ש"ח X 15% X 246.65 (מקדם היוון ל-32 שנים) - חצי אקטוארי - 196,401 ₪

3. הפסדים בתקופת הפנסיה -

לפי שיעור של 12.55% על פי צו ההרחבה בדבר הגדלת ההפרשות לביטוח פנסיוני במשק 2016, לפי חוק הסכמים קיבוציים, התשי"ז-1957 -

24,550 ₪

4. הוצאות רפואיות בעבר ובעתיד לרבות נסיעות לטיפולים רפואיים -

בעקבות התאונה נזקק התובע לטיפולים רפואיים, התייעצויות עם רופאים מומחים, סד לכף היד, כדורים ומשחות לשיכוך כאבים אשר אינם כלולים בסל הבריאות והוא יזדקק להם גם בעתיד -

ע"ב גלובאלי -

15,000 ₪

5. עזרת הזולת -

נכותו של התובע מקשה על התובע בניהול משק ביתו וענייניו האישיים. לא עלה בידי התובע להעסיק עזרה בשכר והוא נאלץ להיעזר בבני משפחתו ובחבריו לצורך ביצוע פעולות יומיומיות שונות וענייני משק ביתו. בהתאם לפסיקה הנוהגת, יש ליתן פיצוי בגין עזרה המושטת לנפגע מצד קרוב משפחתו. בפסק דינו של בית המשפט העליון בענין ע"א 142/89 "יוסף גמליאל ואח' נ' אושיות חברה לביטוח בע"מ ואח'" נפסק כי "הלכה היא, שבאם נפגע לא העסיק עובד לעזרה שהיה זקוק לה, בגלל חוסר אמצעים כספיים, "על בית המשפט לעשות אומדן של הסכום המגיע כפיצוי נאות בעד העזרה שניתנת על ידי בן-הזוג או בני משפחה אחרים של הניזק ולפסוק סכום זה לטובת הניזק" (ע"א 93/73 שושני נ' קראוז פסקי דין כ"ח(1), 277 בעמ' 280 מול האות א' ובעקבותיו ע"א 23/84 (לא פורסם)). הוא הדבר בעניננו."

בתקופת הנכויות הזמניות -

על בסיס העסקת עוזרת בית בעלות של 250 ₪ ליום שלוש פעמים בשבוע -

750 X 4.2 X 6 (חודשים) -

18,900 ₪

ביתר תקופת העבר ובעתיד -

(גלובאלי)

₪ 20,000

ניידות –

מחמת מגבלותיו הנובעות מהתאונה, נגרמו לתובע הוצאות בגין שימוש מוגבר במוניות והסעות מיוחדות –

בעבר ובעתיד על בסיס גלובאלי - ₪ 10,000

6. כאב וסבל - על בסיס 10% ובניכוי גיל - ₪ 18,192

7. ניכויים – הוחסרו במסגרת החישוב לעיל.

מצ"ב אישור תגמולי המל"ל, מסומן "7".

סה"כ: ₪ 347,276

8. בתוספת שכ"ט עו"ד 11% ומע"מ (17%) -

₪ 44,694

סה"כ: ₪ 391,970

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

עובד: מזרחי אביריו יעקב

מס' עובד: 2104

כתובת: בושם 17

תל אביב

תת מפעל: 001

מחלקה: ת א טיאוט 9

אגר:

ח.פ. 513397992

חברה: זיבאי מרדכי בע"מ 112

תיק ניכויים: 926420290

תיק ב. לאומי: 926420290

כתובת: בילו סנטר

רחובות

תקופת חישוב: 16

אחר:

מרכיבי שכר				תעריפים				נתונים אישיים									
				תקן שעות	168.00	תקן שעות	168.00	מס' משפחתי	301222469	מס' עובד	0	מס' תאגיד	1	מס' תאגיד	1	מס' תאגיד	1
				תקן מים	24.00	תקן מים	24.00	מס' תאגיד	10-803	מס' תאגיד	100	מס' תאגיד	1	מס' תאגיד	1	מס' תאגיד	1
				תעריף שעה	29.12	תעריף שעה	29.12	מס' תאגיד	5779732	מס' תאגיד	0.01	מס' תאגיד	0.01	מס' תאגיד	0.01	מס' תאגיד	0.01
				תעריף יום		תעריף יום		מס' תאגיד	08/11/87	מס' תאגיד	01/02/20	מס' תאגיד	01/02/20	מס' תאגיד	01/02/20	מס' תאגיד	01/02/20
								מס' תאגיד	000	מס' תאגיד	000	מס' תאגיד	000	מס' תאגיד	000	מס' תאגיד	000

סח"כ מרכיבים

מרכיבים לתשלום

ניכויי חובה					
קוד	תאור	בסיס	אחוז	הפרשה	ניכוי מצטבר
	ב.לאומי	5538.55		196.62	22.00
	ב.בראות				172.00
002	הראל גלע	5325.55	7.50	843.04	372.79
050	הראל גל	213.00	5.00	10.65	10.65
010	הראל קהל	5134.17	7.50	385.06	128.35
	פיצויים - מידע				
	שכר מבטוח	5326.00			
	הפקדה ללא מס	443.62			

סח"כ

705.79

ניכויים אישיים					
קוד	תאור	ק	אסמכתא	מצטבר	יתרה

סח"כ

5538.55

זכאויות כח אדם					
תאור	מכסה	י קודמת	זיכוי	ניצול	יתרה
חופשה	14.00		1.17		1.20
מחלה	18.00		1.50		1.50

חודשי עבודה												
סח"כ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
25	10.0	25										

חודעות

למען מיצי זכויותי בביתו הלאומי נא לוודא שפרטיך האישיים

הרשומים בתלוש השכר זהים לפרטים המופיעים בתעודת הזהות

קוד גישה 8222

תלוש מספר 1

פרוט חתשלומים							
סמל	תאור	ק	מחלקה	תעריף	אחוז	כמות	לא לתשלום
0GSB	שעות בפועל					170.12	
0GYB	ימים בפועל					24.00	
0002	שעות עבודה			29.12		159.97	4658.33
0003	נסיעות	ק		13.50		24.00	213.00
0004	הבראה	ק		1.39		170.12	236.47
0007	ש.ב 125			29.12	125.0	1.93	70.25
0027	ש.ב. 150 שבת			29.12	150.0	8.02	350.31
0028	ש.ב. 175% שבת			29.12	175.0	0.20	10.19

סח"כ

5538.55

מצטברים							
תאור	ברוטו	הפרשה	אחוז	זכייה	ברוטו למס	ש.מינימום לשעה	29.12
פנסיה קה"ש	5539	410	7.4		ברוטו ח"פ	מינימום לחודש	5300.00
	5134	385	7.5		משמורת	הכנסת מבטוחת	5539
					שכר פטור	הכנסת פטור	
					בר לגילום	ניכוי לסעיף 47	
					נטו לגילום	ניכוי זכוי	493
					מס הכנסה	א. פטור	
					ברוטו ב.ג.	זכוי 35	61
					פרישה	זכוי 25	
					ב. לאומי	זכויים אחרים	22
					ב. בראות	סח"כ זכויים	554

אישורי מס

תאור	תקופה	אחוז/נק	תקרת	אחוז

SYNEL LTD.

הכנון וביצוע במערך השכר של

תל אביב, טלפון 03-7555100

חיפה, טלפון 04-8475400

עובד: מזרחי אביהו יעקב

מס' עובד: 2104

חברת: זיבאי מרדכי בע"מ 112

ח.פ. 513397992

כתובת: בושם 17

חודש שכן

תל אביב

מרץ 2020

תת מפעל: 001

מחלקה: ת א טיאוט 9

אגף:

תפקיד: 16

אתר:

נתונים אישיים									
מס' משפחתי	ר	מס' עובד	0	מס' ב.ל.	1	סוג עובד	ת	שעות תשלום	100
תעודת זהות	301222469	מס' חשבון	10-803	תאריך לידה	08/11/87	תאריך תחילת עבודה	01/02/20	מס' חשבון	5779732
שם / בנק	10-803	מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87	תאריך תחילת עבודה	01/02/20	מס' חשבון	5779732
מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87	תאריך תחילת עבודה	01/02/20	מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87
מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87	תאריך תחילת עבודה	01/02/20	מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87
מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87	תאריך תחילת עבודה	01/02/20	מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87
מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87	תאריך תחילת עבודה	01/02/20	מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87
מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87	תאריך תחילת עבודה	01/02/20	מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87
מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87	תאריך תחילת עבודה	01/02/20	מס' חשבון	5779732	תאריך לידה	08/11/87

סח"כ מרכיבים

מרכיבים לתשלום

ניכויי חובות					
קוד	תאור	בסיס	אחוז	חברשה	ניכוי מצטבר
002	ב.לאומי	6162.50		218.77	25.00
050	הראל גלע	5724.91	7.50	906.26	191.00
010	הראל קהל	5520.82	5.00	10.65	400.74
	פיצוי - מידע	11050.00	7.50	266.37	10.65
	שכר מבוטח	476.89			138.02
	הפקדה ללא מס				

סח"כ

765.41

ניכויים אישיים					
קוד	תאור	ק	אסמכתא	מצטבר	יתרה

סח"כ

סח"כ

זכאויות כל אדם					
תאור	מכסה	י קודמת	זיכוי	ניצול	יתרה
חופשה	14.00	1.20	1.17	2.00	0.30
מחלה	18.00	1.50	1.50		3.00

חודשי עבודה												
סח"כ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
50												
% שולי	10.0	25	25									

חודעות

למען מצוי וכוחותי בביטוח הלאומי נא לודא שפרטיך האישיים
הרשומים בחלוף השכר נזקים לפרטים המופיעים בתעודת הזהות

קוד גישה 8222

תלוש מספר 1

פירוט התשלומים					
סמל	תאור	ק	מחלקה	תעריף	אחוז
OGSB	שעות בפועל				162.18
OGYB	ימים בפועל				23.00
0002	שעות עבודה			29.12	144.57
0003	נסיעות	ק		13.50	213.00
0004	הבראה	ק		1.39	234.70
0007	ש.ב. 125			29.12	1.93
0014	חופש			206.46	2.00
0027	ש.ב. 150 שבת			29.12	6.15
0028	ש.ב. 175% שבת			29.12	2.00
0029	ש.ב. 200% שבת			29.12	0.02
0060	שעות עבודה בחירות			29.12	7.52
0065	י. בחירות שעות 10			206.46	1.00
0124	מתנה לחג גילום				
0124	מתנה לחג				

סח"כ

6162.50

מצטברים					
תאור	ברוטו	חברשה	אחוז	וקיפה	ברוטו למס
פנסיה	11476	850	7.4		5300.00
קה"ש	10655	799	7.5		11476
					225
					217
					8
					986
					185
					11701
					47
					363

אישורי מס

תאור	תקופה	אחוז/נק	תקרת	אחוז

SYNEL LTD.

חכנון וביצוע במערך השכר של

תל אביב, טלפון 03-7555100, חיפה, טלפון 04-8475400





סניף: תל אביב
טלפון: *6050

י"ט בטבת, תשפ"ב
23 בדצמבר 2021
מספר זהות: 301222469

לכבוד
מר מזרחי אביהו יעקב
בושם 17
תל אביב - יפו 6753031

הנדון: תקופות עיסוק

בהתאם לבקשתך מפורטות בזה תקופות העיסוק כפי שמופיעות ברישומי המוסד לביטוח לאומי, נכון למועד הוצאת מכתבנו זה.

מתאריך	עד תאריך	חודשים	מעמד	שם פרטי המדווח	הערה
29/11/2005	22/11/2008	37	חייל חובה		
01/01/2009	31/07/2009	7	עובד	כפיים שיווק וקידום מכירותבעמ	
01/11/2009	31/07/2010	9	עובד	כפיים שיווק וקידום מכירותבעמ	
01/02/2020	31/05/2020	4	עובד	מרדכי זיבאי בע"מ	
01/05/2020	30/06/2020	2	עובד	מצדר בע"מ	
01/08/2020	18/09/2020	2	עובד	מרדכי זיבאי בע"מ	
01/01/2021	07/01/2021	1	עובד	מרדכי זיבאי בע"מ	
01/03/2021		10	עובד	שפיר תעשיות בע"מ	
01/03/2021	31/03/2021	1	עובד	ג'ול שופינג בע"מ	

לתשומת לבך:

אינך תושב בתקופות הבאות:
08/01/2020 - 01/08/2015

התקופות המפורטות אינן בהכרח הבסיס לחישוב הזכאות לגמלה.
קיים אישור נפרד לצורך בדיקת התקופות המקנות זכאות לקצבת אזרח ותיק!

פרטי המדווחים:

תיק מעביד	שם המעביד	כתובת	טלפון
93945162100	כפיים שיווק וקידום מכירותבעמ	ההגנה 1 גבעתיים 5344901	052-2921394
92642029000	מרדכי זיבאי בע"מ	בילו סנטר ת.ד. 99 קריית עקרון	08-9452993
92420356500	מצדר בע"מ		054-5740264
91701867300	שפיר תעשיות בע"מ	ברקת, 12 ת"ד 7113 פתח תקווה 4951700	054-4923821
93622724800	ג'ול שופינג בע"מ		055-2764115

הערות:

- אם עבדת כשכיר בשנה בה הונפק אישור זה והמידע אינו מופיע באישור, כפי הנראה המידע טרם דווח/נקלט במוסד לביטוח לאומי.



לפיכך, אין צורך לפנות אלינו להשלמת הנתונים ויש להמתין לקליטתם.

- אם בידך תקופות עיסוק נוספות אשר אינן מופיעות באישור זה, הינך מתבקש להעביר אישורים המעידים על העסקתך כגון: תלוש שכר, טופס 106, אישור חתום ע"י המעסיק בצירוף מספר תיק ניכויים למחלקת ביטוח וגביה בסניף המוסד לביטוח לאומי הסמוך למקום מגוריך.

- לברורים והבהרות בדבר תקופות העיסוק כפי שדווחו למוסד לביטוח לאומי ניתן לפנות לתחום רציפות ביטוח שבמשרד הראשי:

שדרות וייצמן 13 כיכר גיורא לוטן

ת.ד. 90009 ירושלים 9543707

טלפון: 02-6463277 בימים א-ה בין השעות 09:00 - 11:00

פקס: 02-5381238

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים.

יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון: שינוי במצב המשפחתי או הכנסות.



סניף: תל אביב
טלפון: *6050 04-8812345

לכבוד
מר אביהו י מזרחי
בושם 17
תל אביב - יפו 6753031

י"ט בטבת, תשפ"ב
23 בדצמבר 2021
מספר תיק: 00-30122246-9

הנדון: אישור שנתי למס הכנסה לשנת 2020 - תקבולי דמי פגיעה

הננו מאשרים בזה כי בתקופה 01.01.2020 עד 31.12.2020 שולמו לך תגמולי דמי פגיעה ברוטו בסך: 5,184 ש"ח.

ניכוי המס נעשה על פי בסיס יומי. חבות המס הסופית תעשה, אם וכאשר, יוגש על ידך דוח שנתי על ההכנסות - לשלטונות מס הכנסה.

ניכוי המס הועבר לפקיד שומה ירושלים לתיק ניכויים 941774770.

הנני מצהיר בזה כי פרט לסכומים הנ"ל לא שילמתי לני"ל או עבור/ה סכומים נוספים ולא זיכיתי את חשבונו/ה בסכומים נוספים, בנושא זה.

בכבוד רב,

המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים. אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.

תלמי סרן



בית משפט השלום בבית ים

03 אוגוסט 2021

ת"א 6253-08-21 מזרחי נ' ש. שלמה
חברה לביטוח בע"מ

הזל
נמלך
סרן

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (נִסְאָדִיק בְּהַז בְּאִנֵּה פִי יוֹמ) 02 אוגוסט 2021 בשעה (בִּלְסָעָה) 16:25 נפתח בבית משפט זה (סִגְלַת פִּי הַמַּחֲכֶמָה قَضِيَّة تَحْمِل الرقם) ת"א 6253-08-21 מזרחי נ' ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ.

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

זווי אעאקה ימכנהם התוזה חטיא 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 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.

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 301222479, מרחוב מזל, 17, גל, א'ר,
ת.ז. מס' 301222479, מרחוב מזל, 17, גל, א'ר,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או ל להיות באי כוחי במשפט של
נגד 15.6.20 בענין תאונת דרכים מיום 15.6.20
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.

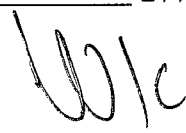
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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.

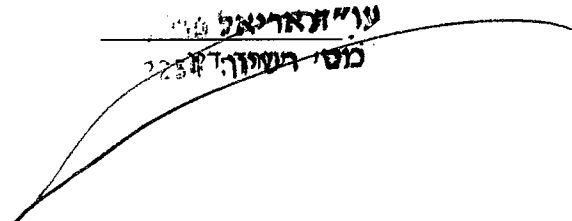
המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 1 לחודש 9 שנה 2020

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל


עו"ד תאודור גל
מס' רישום: 257

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם האב</u>
גורן	שרה	301222469	שם האב
<u>רחוב</u>	<u>מס'</u>	<u>מיקוד</u>	<u>טלפון</u>
708	17	הא אריר	טלפון

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

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

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

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

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

חלק ב'

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

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

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

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

תאריך: 1.9.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ עו"ד אריאל פרייב (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
X _____ חתימה: _____
מס' רשיון: 62254

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

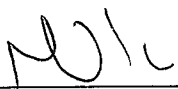
אני הח"מ א'ר'ל מ'ר'ח בעל ת.ז. 301222469 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

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

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

תאריך:	<u>2005</u>	הפגיעה:	<u>כרך'ל</u>	המוסד הרפואי:	<u>פ'ר'ל</u>
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____
תאריך:	_____	הפגיעה:	_____	המוסד הרפואי:	_____

X 
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד א'ר'ל מ'ר'ח, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 2.8.21
הופיע/ה בפני א'ר'ל מ'ר'ח (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
301222469 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

שלמה ביטוח



מבוטח/ת יקר/ה
בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:
א. בעלות הרכב: אחרת
ב. ברכב קיימת כרית אויר אחת לפחות: לא
אם הנתונים לעיל אינם מלאים נבקשכם לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם.

שלמה ביטוח



שים לב,
מסירת תשובה שאינה מלאה וזכנה טרם כרייתת חוזה הביטוח
עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה
או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה
כמפורט בסעיף 8 לפוליסה.

הדפסת מתאריך 26/08/19

מס': 7656309

ותה למבוטח תעודת ביטוח חובה

פי פקודת ביטוח רכב מנעמי (נסח חדש) תשי"ל / 1970

מס' החשבוני: 30828601
מס' הפוליסה: 1103322480/19-00

סוג הרכב: סוג רכב לצורך ביטוח

מס' הרכב: מס' הרכב

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

שם בעל הפוליסה: מצדד בע"מ
ת.ז. ח.פ. 511998023

כפר סבא 44328

מועד תחילת הביטוח (המועד בו חותמת העודה זו בחותמת הבנק או לא כפי)

מועד פקיעת הביטוח: 1/07/19

בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 30/06/20

כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בגב העודה זו

השימוש המותר ברכב: 7

כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בגב העודה זו

שם הסוכן: אקורד סוכנות לביטוח

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

מס': 302050

שלמה ביטוח

7656309

תעודת ביטוח חובה

פי פקודת ביטוח רכב מנעמי (נסח חדש) תשי"ל / 1970

מס' החשבוני: 30828601

מס' הפוליסה: 1103322480/19-00

סוג הרכב: סוג רכב לצורך ביטוח

מס' הרכב: מס' הרכב

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס' שולח: מס' שולח

מס': 511998023

ת.ז. ח.פ.

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 511998023

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

מס': 44328

זן לשלם תעודה זו
מאגרות סניפי הביטוח
אם, במסגרת או באמצעות
קניין תאגיד יחיד, לאומי
ורד וישראל.

עליהם חשבוני 600-602822
זמני חשבון 800-237489
ורד וישראל חשבון 462-237489
סוכנות חשבון 010-72428076
מס' חשבון חשבון 001-8623180

על שולח חברה לביטוח בע"מ
רח היצירה 22, קריית איתן תחת חקוק, 49516 טל: 03-6070554
www.shlomo-bit.co.il

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



מזרחי

1. MIZRACHI

אביהו יעקב

2. AVIHU YAKOV

3. 08.11.1987

4a. 13.11.2011

4b. 08.11.2021

4d. 8634254

5. ID 301222469

2469

8. בושם 17 תל אביב - יפו

9. A1 B

רשאי לנהוג בדרגה B עד 4000 ק"ג בישראל

קטגוריות כלי הרכב Categories of vehicles

IL 301222469

A	A2		2004	D	D	
	A1		2017		D1	
	A				D2	
B			2005		D3	
C	C1			E		
	C					

Restrictive Conditions of Use

301222469

040417/1648

תאריך ושעת ההדפסה: 11:04 15/06/2020

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

מערך המחלקה לרפואה דחופה

שחרור רפואי

שם יחידה: המחלקה לרפואה דחופה	מנהל/ת מחלקה: פרופ' הלפרן פנחס מ.ר. 16786	אח/ות אחראית:
טלפון: 03-6973232	פקס: 03-6973652	דוא"ל:

שם משפחה: מזרחי	שם פרטי: אביהו יעקב	ת.ז.: 301222469
תאריך לידה: 08/11/1987	גיל: 32	טלפון: 050-5557764
מין: זכר	גורם מממן: כללית	כתובת: בושם 17/17 תל אביב-יפו 6753031

נתוני ביקור - תאריך ושעת קבלה: 15/06/2020 09:47 מספר מקרה: 12173142

סיום טיפול במלר"ד: שחרור

מחלה נוכחית

בן 32, בריא
לא ידוע על רגישות
RHD

ביום קבלתו, בזמן העבודה, חבלה מרכב זבל לאצבע 2 יד שמאל.

בבדיקה:
אצבע 2 יד שמאל נפיחות קלה וכאב על גבי DIP וגליל מקורב.
NV שמור.
בצילום שבר חלק דיסטלי גליל מקורב ללא תזוזה.
במיון קיבוע עם שפאדל לאצבע.
משוחרר עם ההמלצות:

אבחנות במיון

- CLOSED FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND UNSPECIFIED (816.00)

לא ידועה רגישות לתרופות

נתונים קליניים

מדדים

תאריך ושעה	חום
------------	-----

שם: אביהו יעקב מזרחי	ת"ז: 301222469	מקרה :	מחלקה: המחלקה לרפואה דחופה
----------------------	----------------	--------	----------------------------

36.9

09:55 15/06/2020

מדדים סדציה

תאריך ושעה	חום
09:55 15/06/2020	36.9

סיכום

כמתואר

המלצות כלליות

המלצה: -איזון כאב

-ביקורת רופא אורתופד בעוד כשבוע
 -בכל מקרה של החמרה או תלונות חדשות יש להגיע לבדיקה חוזרת
 -קיבוע אצבע לאבצע/ שפאדל, יש להסיר, לא להרטיב.
 -מנוחה שבוע
 רפואה שלמה

הדרכה סיעודית בשחרור

המטופל הודרך לשחרור בהתאם להמלצות הרופא

חתימת אחות משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
וקסלר דפנה	אחות משחררת	15/06/2020 11:04

רופאה משחררת

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר פרדו איתי מ.ר. 151704	רופאה משחרר	15/06/2020 10:49

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

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

טופס הזמנה לרנטגן מיון

מתאריך: 15/06/20 שעה: 10:13

נתונים דמוגרפיים

שם : מזרחי אביהו יעקב ת.ז. : 30122246-9 מקרה : 0012173142 גיל : Y32 מין : זכר

פרטי ההזמנה



מספר הגעה : 3400307328957904

יחידה רפואית מזמינה : מחלקה לרפואה דחופה

יחידה סיעודית מזמינה : מלרד

טלפון ביחידה המזמינה : 3686

מספר הזמנה : 30732895

תאריך רצוי : שעה רצויה : עדיפות : דחוף ד.זיהום :

נתוני הזמנה

תולדות מחלה : חבלה אצבע 2 יד שמאל

רשימת שאלות : שבר?

אבחנה :

סוג שינוע :

מאפיינים מיוחדים :

שירותים מוזמנים

שירות	תיאור שירות	טקסט משלים	לוקליזציה	כמות	צום
ME10169	צילום אצבע/ות		ללא לוקליזציה	1	

רופא מזמין : דפ.וקסלר

מ.ר.ר. : 209427

חתימה

תאריך: 21/06/2020

טופס מתן הוראה לאחות

פרטי המטופל		מזרחי אביהו יעקב	
00-30122246-9	32.07	08/11/1987	יהויקים
מס זהות	גיל	ת.לידה	שם האב
בוסם	רחוב	17 /	50 -5557764
תל אביב - י	ישוב	מס בית	טלפון

מקום ביצוע הטיפול: מרפאה

טיפול בעור

☒ חבישה

תדירות הוראה: 1 פעמים ביום אחת לכל: 1 ימים במשך: 1 פעמים

תאריך התחלה: 21/06/2020

☒ חשיבות גבוהה

תאריך יעד: 21/06/2020

תאריך רישום: 21/06/2020

שם נותן ההוראה: ד"ר נטליה גרו

מספר רשיון: 29133

חתימה וחותמת:

(Handwritten signature and stamp)

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה:בתימון - מרכז מקצועי - בת ים מחוז:ת"א

תאריך 28/06/2020

סיכום ביקור

פרטי המטופל

מזרחי אביהו יעקב	00-30122246-9	32.07	ז	08/11/1987	יהויקים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב - י	בוסם	17		50	7301708 - 3
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה 15/06/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 28/06/2020
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

בדיקה גופנית:
לראשונה בבדיקתי. התרת הצמדה. 15.06.20 נבד במיו איכילוב בשל חבלה באצבע מורה כף יד שמאל. הודגם שבר בגליל קריבני חלק דיסטלי ללא תזוזה, הונחה תחבושת. לאחר שחרור ממיון - נבדק ע"י רופא שפהנח מטפל, הופנה לצילום ביקורת, להערכת אורטופד קהילה. צילום עדיין לא נעשה. קבוע יציב, ללא סימני לחץ. קצה של האצבע - ויאבילית. ללא סימני מדור. צילום ביקורת - ללא קו שבר.

קוד	איפיון	אבחנה
A80	WORK	ACCIDENT/INJURY; NOS
9249	LT INDEX FINGER	CONTUSION

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס

סיכום והמלצות:
מנוחה עם יד מורמת.
משככי כאבים לפי הצורך.
דחוף הופנה לפיזיותרפיה
בכל החמרה יד דחוף לפנות לגורם רפואי זמין.

בברכה,

חתימה וחותמת הרופא

36760

ד"ר (רופא) רולן מכלין

מס' רשיון

שם הרופא

01/07/2020 תאריך

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

פרטי המטופל					
מזרחי אביהו יעקב	00-30122246-9	32.08	ז	08/11/1987	יהויקים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
תל אביב - י	מס בית	בן	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
בן	רחוב	17	5557764	50	7301708 - 3
ישוב					

15/06/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח
5205

מספר הפניה
035205102950

35205102950
תז נבדק
0301222469

מספר הפניה:
רשיון רופא
029133

שירות שנבחר			
קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
80074	97140	טיפול פיזיותרפי פרטי	80074

FRACTURE CLOSED OF PHALANGS OF HAND- LT

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה
תלונות / סיבת הפניה מתאריך 21/06/2020:
חבלת יד לאצבע 2 יד שמאל בזמן עבודה
נבדק במיון של איכילוב
צילום שבר חלקי דיסטלי גליל מקורב ללא תזוזה
טופל קיבוע
* כאבי כתף כרוני
01/07/2020

סימנים חיוניים: גובה 180 01/06/2009 משקל 68 01/06/2009 bmi 20.99

לחץ דם 124 / 77 01/07/2020

דופק 77 17/05/2009 סדיר

18/05/2020 מתאריך 118.37 eGFR

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיין	בעיה
	01/07/1999		SYSTOLIC MURMUR FUNCTIONAL

3 ה.ר.ו

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה למכון פיזיותרפיה

00-30122246-9 הודפס ע"י ד"ר נטליה גרו

מזרחי אביהו יעקב

העתק 01/07/2020

...	פעמים	א. הגשה	כמות	העמק הודפס ע"י יסמין רחפוק
ביום	1	טבליות	1	COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000U

ד"ר נטליה גרו

29133

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

תאריך: 16/07/2020

אישור מחלה

פרטי המטופל:			
שם משפחה ופרטי:	אביהו יעקב מזרחי	מספר זהות:	301222469
ת.לידה:	08/11/1987	שם אב:	יהויקים
מס' בית:	17	טלפון:	0505557764
		טלפון נוסף:	037301708
		גיל:	32.7
		מין:	זכר
		רחוב:	בושם
		ישוב:	תל אביב - יפו

הופק עקב בקשה מקוונת

סובל מ	קוד	אפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 15/07/2020 עד תאריך: 19/07/2020 סה"כ ימי מחלה: 5

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הבטחון

ד"ר רובינוב נינה

030131

הפקה מקוונת**

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

16/07/2020

הודפס ע"י ד"ר רובינוב נינה

301222469

אביהו יעקב מזרחי

17/07/2020 תאריך

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

מזרחי אביהו יעקב	00-30122246-9	32.08	ז	08/11/1987	יהויקים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב -	בושם	17		50 -5557764	7301708 - 3
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 15/06/2020

מספר הפניה: 35205103197

גורם שולח מספר הפניה תז נבדק מספר רשיון

5205 035205103197 0301222469 032910

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
70023	L9270	בדיקת רופא נירולוג	70023

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 13/07/2020
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 01/07/2020
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/06/2020
חבלת יד לאצבע 2 יד שמאל בזמן עבודה
נבדק במיון של איכילוב
צילום שבר חלקי דיסטלי גליל מקורב ללא תזוזה
טופל קיבוע
* כאבי כתף כרוני
01/07/2020
13/07/2020
מצב לאחר שבר, כעת טיפול פיזיותרפיה, מרגיש רדימות באצבע?
ביקורת אורתופדי. בהמשך יעות נירולוגי EMG+ יד
17/07/2020

סימנים חיוניים: גובה 180 01/06/2009 משקל 68 01/06/2009 bmi 20.99

לחץ דם 124 / 77 01/07/2020

דופק 77 17/05/2009 סדיר

18/05/2020 מתאריך 118.37 eGFR

העתיק 17/07/2020 אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION HAND העתק הודפס ע"י יגור"ב מאינה		9232
FRACTURE FINGER	LT -4	8160
FRACTURE CLOSED OF PHALANGS OF HAND- LT		
CERVICALGIA		7231

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 13/07/2020
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 01/07/2020
 ההפניות שהופקו ב 21/06/2020
 טופס הפניה כללי - 78105-צילום כף יד שמאל , הפניה לרפואה יועצת -
 70017-בדיקת רופא אורתופד
 01/07/2020
 ההפניות שהופקו ב 01/07/2020
 הפניה לפיזיותרפיה - 80074-טיפול פיזיותרפי פרטנ
 13/07/2020
 17/07/2020

בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/07/1999		SYSTOLIC MURMUR FUNCTIONAL

תרופות קבועות

...	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
ביום	1	טבליות	1	COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000U

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר פלורנטינה אידין

32910

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

ביקור ללא כרטיס

גיל המטופל: 32.08

תאריך ביקור: 20/07/2020

תאריך תאונה 15/06/2020

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 32.8 ש בתאריך 15/06/2020 היה מעורב בתאונת עבודה - נחבל באצבעה 2 של יד שמאלית מהמשאית זבל פנה למיון של בית החולים איכילוב- הודגם שבר בגליל קריבני - חלק דיסטלי ללא תזוזה- הונחה תחבושת מאז מתלונן על חוסר תחושה בפלנגה דיסטלית של אצבעה 2 של יד שמאלית- רק בקצה של פלנגה

בדיקה גופנית: עצבי גולגולת סימטריים כח גס פרוקסימלי ודיסטלי - שמור ב-4 גפיים טונוס תקין אין מגבלות בתנועות בפרקים של כף היד שמאלית תחושה תקינה למעט היפוסטזיה שמוסר בחלק חיצוני שח אצבעה 2 החזרים שווים תפקוד צרבלרי תקין מופנה ל-NCV של ידיים

קוד	איפיון	אבחנה
A80	15/06/2020	ACCIDENT/INJURY; NOS
		CLOSED FRACTURE OF DISTAL PHALANG OF FINGER 2-LT HAND
		LOCAL SENSORY DISTURBance OF FINGER 2

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרוט מעבדות
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי		H138		הודפס	

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

מבנה סיכומי יועץ

סיכום ביקור	סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
		נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	רגילה

לא הוגדרה שליחת סיכום אוטומטית

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת הקונקורד
קוד מרפאה: 3899
קוד מחוז: 04

תאריך עדכון: 20/07/2020
רופא מעדכן: ד"ר אלה קובלב
מס רשיון: 24288

אברהם אלה
24288
054-699861

לישימוש פנימי

032/01/032/01/01

* 2700

EMG.

1700 503 888

1220

30/8

20/07/2020

30/8
מספר
מספר
מספר

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל

מזרחי אביהו יעקב

00-30122246-9

32.08

ז

08/11/1987

יהויקים

שם האב

7301708 - 3

טלפון נוסף

5557764 - 50

טלפון

17

מס בית

בשם

רחוב

תל אביב -

ישוב

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 15/06/2020

גורם שולח



3899

מספר הפניה



033899476431

תז נבדק



0301222469

מספר רשיון



024288

לכבוד: בדיקת ההולכות של ידיים

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
A80	15/06/2020	ACCIDENT/INJURY; NOS CLOSED FRACTURE OF DISTAL PHALANG OF FINGER 2-LT HAND LOCAL SENSORY DISTURBance OF FINGER 2

תלונות בן 32.8 ש בתאריך 15/06/2020 היה מעורב בתאונת עבודה - נחבל באצבעה 2 של יד שמאלית מהמשאית זבל פנה למיון של בית החולים איכילוב- הודגם שבר בגליל קריבני - חלק דיסטלי ללא תזוזה- הונחה תחבובת מאז מתלונן על חוסר תחושה בפלגה דיסטלית של אצבעה 2 של יד שמאלית- רק בקצה של פלגה

ממצאים בבדיקה עצבי גולגולת סימטריים כח גס פרוקסימלי ודיסטלי - שמור ב-4 גפיים טונוס תקין אין מגבלות בתנועות בפרקים של כף היד שמאלית תחושה תקינה למעט היפוסטזיה שמוסר בחלק חיצוני שח אצבעה 2 החזרים שווים תפקוד צרברלי תקין מופנה ל-NCV של ידיים

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

מ.סיום	מ.גילוי	אפיון	בעיה
	01/07/1999		SYSTOLIC MURMUR FUNCTIONAL

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ב.ב.	1	טבליות	1	COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000U

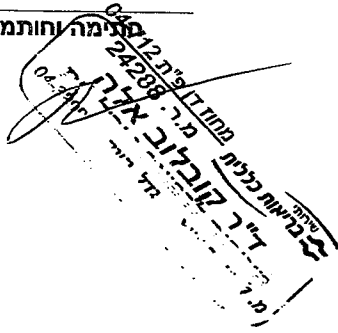
ד"ר אלה קובלב

שם הרופא

24288

מספר רשיון

מתימה וחותמת הרופא



22/07/2020 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל					
מזרחי אביהו יעקב	00-30122246-9	32.08	ז	08/11/1987	יהויקים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב -	בושם	17	50	5557764	7301708 - 3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

15/06/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 15/07/2020 עד תאריך 24/07/2020 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 10

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר נינה רובינוב	30131	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

2/9 AM כק"ח

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

שם
יציאת

יפן - מכון למחקר

שעה 130

מרפאה: רופאים עצמאיים-דיזינגוף סנטר מחוז: ת"א

04/08/2020 תאריך

37

הפניה לדימות

פרטי המטופל					
מזרחי אביהו יעקב	00-30122246-9	32.09	ז	08/11/1987	יהויקים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
תל אביב - בןשם	17	5557764	50	7301708	3
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף	

15/06/2020 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

39231030562

מספר הפניה:

גורם שולח
9231

מספר הפניה
039231030562

תז נבדק
0301222469

רשיון רופא
036093

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לבצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס הפניה, מסמכים רלוונטים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

שירות שנבחן

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78003	L1028	א.ס. US כף יד שמאל	10405022

המטופל מתלונן על

04/08/2020

נחבל באצבע 2 משמאל

במיון איכילוב רושם לקו שבר בחלק דיסטלי של גליל מקורב

נבדק על ידי דר' מכלין והופנה ל EMG בשל ירידה בתחושה בגליל

פנה גם לשסונר

ממצאים עיקריים ציר בסה"כ שמור ללא אנגולציה או רוטציה של האצבע
לא ניכר קיצור; אין סימני מדור; ללא רושפ קליני לפריקה
נורווסקולארי שמור

אבחנה משוערת

קוד	אפיין	אבחנה
A80	WORK	ACCIDENT/INJURY; NOS
9249	LT INDEX FINGER	CONTUSION

3 ה.ה.0

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

04/08/2020

הודפס ע"י ד"ר אייל הלר 00-30122246-9

מזרחי אביהו יעקב

מ.ס.יום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/07/1999		SYSTOLIC MURMUR FUNCTIONAL

הערות: אצבע 2

18/05/2020 מתאריך CREATININE: 0.79

36093

ד"ר אייל הלר

מספר רשיון

שם הרופא

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

מזרחי אביהו יעקב

שם הרופא
 תחום
 מספר רשיון
 כתובת
 טלפון
 פקס
 מרפאה: בתימון - מרכז מקצועי - בת ים

מחוז: ת"א

תאריך 28/06/2020

הפניה לפיזיותרפיה
 (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

מזרחי אביהו יעקב	00-30122246-9	32.07	ז	08/11/1987	יהויקים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
תל אביב - י	בוסם	17		50	7301708 - 3
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

תאריך תאונה 15/06/2020

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33063027098

גורם שולח



3063

מספר הפניה



033063027098

תז נבדק



0301222469

רשיון רופא



036760

לכבוד: דחוף

שירות שנבחר

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

CONTUSION

אבחנה משוערת

תולדות עבר

מ.סיום	מ.גילוי	איפיון	בעיה
	01/07/1999		SYSTOLIC MURMUR FUNCTIONAL

תרופות קבועות

ביום	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופות
1	1	טבליות	1	COLECALCIFEROL TAB 1000UNIT 1000U

ממצאים קליניים
 לראשונה בבדיקתי. התרת הצמדה. 15.06.20 נבד במיו איכילוב בשל חבלה באצבע מורה כף יד שמאל. הודגם שבר בגליל קריבני חלק דיסטלי ללא תזוזה, הונחה תחבושת. לאחר שחרור ממיון - נבדק ע"י רופא שפהנח מטפל, הופנה לצילום ביקורת, להערכת אורטופד קהילה. צילום עדיין לא נעשה. קבוע יציב, ללא סימני לחץ. קצה של האצבע - ויאבילית. ללא סימני מדור. צילום ביקורת - ללא קו שבר.

מטרת הבדיקה: הפעלת אצבע מורה כף יד שמאל
 שכוך כאבים

ס.ה.ר 3

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

00-30122246-9 הודפס ע"י ד"ר (רופא) רולן מכלין

הפניה לפיזיותרפיה

מזרחי אביהו יעקב

שם משפחה: מזור שם פרטי: אביהו ויעקב מספר זהות: 301222469 ת. לידה: 08/11/1987 מין: ז	תאריך ביקור: 02/09/2020 עיר/יישוב: תיק מס': 2053533 מקלידה: מיכלד 13:53 גורם מבטח: ש. בריאות כללית יעד: רופא מפנה: הלר אייל ר. רופא מפנה: 36093	שם משפחה: מזור שם פרטי: אביהו ויעקב מספר זהות: 301222469 ת. לידה: 08/11/1987 מין: ז
--	---	--

שם משפחה: מזור
שם פרטי: אביהו ויעקב
מספר זהות: 301222469
ת. לידה: 08/11/1987 מין: ז

תאריך ביקור: 02/09/2020
עיר/יישוב: תיק מס': 2053533
מקלידה: מיכלד 13:53
גורם מבטח: ש. בריאות כללית יעד:
רופא מפנה: הלר אייל ר. רופא מפנה: 36093

בדיקת US רקמות רכות של כף יד שמאל

סיבת הבדיקה: כאבים לאחר שבר באצבע מספר 2

הודגם סנוביטיס קל במפרק PIP
הודגם טרדינוזיס קל בגיד המכפוף של אצבע מספר 2

יתר הרקמות הרכות והמפרקים - ב.מ.פ.

לסיכום: טרדינוזיס וסנוביטיס כמתואר

רופאה בודקת: ד"ר מירמון
מומחה ברדיולוגיה אבחנתית
רישיון רופא בודק: 27816
רישיון מומחה: 14034

תוצאות בדיקת אלקטרומוגרפיה - E.M.G.

שם נבדק/ת: מזרחי אביהו יעקב
כתובת: תל אביב - יפו, נושם 0017
תאריך בדיקה: 30/08/2020
בדיקה קודמת: לא

ת.ז.: 301222469
טלפון: 050 - 5557764
גורם מפנה: תל אביב - יפו

גיל: 32/9
050 - 3608064
רופא מפנה/מטפל: קובלכ אלה
שם מדפיסה: עדי צ

בדיקת עצבים

SAP (msec)		AMP of SNAP (mV)		F.WAVE (msec)		SPEED (m/sec)		AMP of CMAP (mV)		MOTOR LATENCY (msec)		עצב
שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	שמאל	ימין	
3.1	3.5	27.0	37.0	25.0	26.0		53.0	7.7	7.4	2.8	2.7	מדיאנוס Median
3.3		46.0							7.4			אצבע מס' 3 באזר המרפק
3.1	3.0	32.0	28.0	26.0	26.0			7.1	8.9	2.2	2.2	אולטריס Ulnaris
						53.0	57.0	6.6	9.2			מתחת למרפק
						58.0	48.0	6.6	8.7			מעל המרפק

לסיכום: אין עדות לנוירופטיה בעצבים שנבדקו.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בברכה,

ד"ר ויצמן נינה
מומחית בנוירולוגיה
מ.ר. 33119 מ.ר.מ. 21679

01/07/2020 תאריך

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל					
מזרחי אביהו יעקב	00-30122246-9	32.08	ז	08/11/1987	יהויקים
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
בוסם	מס בית	רחוב	טלפון	5557764 - 50	7301708 - 3
תל אביב - י.	מס בית	רחוב	טלפון	5557764 - 50	7301708 - 3
ישוב	מס בית	רחוב	טלפון	5557764 - 50	7301708 - 3

תאריך תאונה: 15/06/2020

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
9232		CONTUSION HAND
8160	LT -4	FRACTURE FINGER
		FRACTURE CLOSED OF PHALANGS OF HAND- LT
7231		CERVICALGIA

הטיפול הנוכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

אינו/ה מסוגלת/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/07/2020 עד יום 14/07/2020 (בכלל) סה"כ 14 ימים

01/07/2020

01/07/2020

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר נטליה גרו

חתימה וחזותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חזותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

ד"ר (רופא) רולן מכלין

36760

חתימה וחוקתמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

מחיר הלאומי לרופא 2226 ש"ח

ס.ה.ר 3

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס ע"י ד"ר (רופא) רולן מכלין 00-30122246-9

הפניה לפידיותרפיה

מזרחי אביהו יעקב



תיק: 301222469

דף 1 מתוך 1

לכבוד

אביה יעקב מורחי

בושם 17

תל אביב - יפו 6753031

611-129-016



תיק: 301222469

י' באדר, תשפ"א
22 בפברואר 2021

אדון נכבד,

הודעה על החלטת ועדה רפואית

תביעתך לגימלת נכות- פגיעה בעבודה מ- 15/06/20

לידיעתך, ביום 18/02/21 קבעה ועדה רפואית את דרגת הנכות כדלקמן:

<u>נכות זמנית</u>	<u>מתאריך</u>	<u>עד תאריך</u>
30.00 %	25/07/20	30/09/20
20.00 %	01/10/20	31/12/20
10.00 %	01/01/21	15/02/21

דרגת נכות יציבה בשיעור 5.00% החל מ-16/02/21.

הודעה בקשר לזכאותך לגימלה, תישלח אליך בנפרד ממחלקת נפגעי עבודה.

לידיעתך, זכותך וזכות המוסד לבטוח לאומי לערור על החלטה זו בפני ועדה רפואית לעררים. אם בדעתך לערור, נא להגיש ערר מנומק, בתוך 60 יום מקבלת ההודעה זו, לסניף מגורייך.

לתשומת ליבך, הועדה הרפואית לעררים רשאית לאשר את ההחלטה הקודמת, לבטלה, או לשנותה, לרבות הקטנת דרגת הנכות, בין שנתבקשה לעשות זאת ובין שלא נתבקשה, בין שהערר הוגש על-ידי הנפגע, ובין שהוגש ע"י המוסד.

לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בד מהערעור ולבטלו.

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

הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים.

מצורף בזה העתק מפרוטוקול הועדה.

בכבוד רב,

סידני אוחיון

מזכיר ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג ✓

אבא הלל 7 רמת גן



המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה

דו"ח ועדה רפואית

סודר בקשה	1
סודר דיון	1
מס' ועדה	872149
נושא הדיון	

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	פיצול	מס' זהות / דרכון
		3 0 1 2 2 2 4 6 9
דפים	סוג המסמך	2 5

1

סניף מגורים תל אביב ☐ סניף הועדה תל אביב ☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ אסיר ציון ☐

2

פרטי התובע

שם משפחה
מזרחי

שם פרטי
אביהו יע

מין
זכר ☒
נקבה ☐

תאריך לידה
08/11/1987
שנה חודש יום

מספר זהות
ס"ב
3 0 1 2 2 2 4 6 9

כתובת

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	יישוב	מיקוד
	17			000000	תל אביב - יפו	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני				
0	050 555 7764					

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה
15/06/2020

מקצוע

ח/מגד יעקב

מהות הפגיעה
חבלה באצבע 2 כף יד שמאל

תיאור הפגיעה: תוך כדי פינוי אשפה נתפסה כף ידו במסרק הד

סוג האישור: אישור

פירוט תעודות אי-כושר שאושרו: פירוט תעודות אי-כושר שנדחו:

מיום	עד יום	מיום	עד יום
16/06/2020	24/07/2020		

נא פרט על פגיונות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)

1. 2.

4

מסמכים שעמדו בפני הועדה

תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

5

החלטה אחרונה מתאריך

אחוז נכות זמנית	מיום	עד יום	אחוז נכות זמנית	מיום	עד יום

מס' ועדה 872149	נושא הדיון	סודר דיון	סודר בקשה	מספר זהות 3, 0, 1, 2, 2, 2, 4, 6, 9	שם התובע מזרחי אביהו יע
--------------------	------------	--------------	--------------	--	-------------------------------

☒ התובע נכח בדיון ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ☐ דיון ללא נוכחות התובע, הסיבה _____

☒ בעת הדיון נוכח גם: ☒ עו"ד: שם אריאל פרידמאן 62254 ☐ מלווה: שם _____ ☐ קרבה _____ ת"ז _____

פרטי התובע והזהות אומתו לפי ☒ ת.ז. ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר _____

האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? ☒ לא ☐ כן - שם הרופא _____

☐ הדיון לא מתקיים, הסיבה: ☐ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו ☐ הדיון נפסל, הסיבה _____

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע: יש לי כאבים בכל יפגמא, אצבע 2 יפג
שנה אחת תמיכה בחלק ובחלקה כאבים. כאבים בשני
יפגמא

הזכר: הוא מציין כאבים בפיגמא וקיסין בעיסין, קיימת נזק
נזק בתעוזק אצבע 2 יפגמא, כאבים, תמיכה ונזק וקיסין
בניפול תפלקים יפגמים.

ממשיך לקבל טיפול רפואי? ☐ לא ☐ כן, פרט: ☐ טיפול תרופתי ☐ פיזיותרפיה ☐ המשך מעקב ☐ טיפול משלים ☐ אחר _____

☒ שכיר/מתנדב	האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה?	☒ לא - הסיבה: ☒ עקב הפגיעה ☐ פיטורין ☐ התפטרות ☐ פרישה לגמלאות ☐ אחר _____
		☐ כן, לאותה עבודה, בתאריך _____
		☐ כן, לעבודה אחרת. בתאריך _____ לאיזה תפקיד?
		האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☒ כן - הסיבה: _____
		היקף משרה: ☐ מלא ☐ חלקי

☐ עצמאי	האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה?	☐ לא - הסיבה: ☐ עקב הפגיעה ☐ פרישה לגמלאות ☐ אחר _____
		☐ כן, לאותה עבודה, בתאריך _____
		☐ כן, לתפקיד אחר _____ בתאריך _____
		האם קיימת ירידה בהכנסות? ☐ לא ☐ כן - הסיבה _____
		האם מעסיק עובדים נוספים לאחר הפגיעה?
		☐ לא ☐ כן, מספר העובדים הנוספים _____ הסיבה _____

אני מאשר כי הפרטים שגרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית. שמות הפוסקים הרפואיים: _____ נחום ערד גלית

אני מסכים להיבדק ע"י חברי הועדה הרפואית ☒ כן ☐ לא, הסיבה _____ חתימת התובע אריאל פרידמאן ☒

שם התובע מזרחי אביהו יע	מספר זהות 301222469	סודר בקשה 1	סודר דיון 1	נושא הדיון	מס' ועדה 872149
-------------------------------	------------------------	-------------------	-------------------	------------	--------------------

התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

7

ממצאים בבדיקת הועדה: מקומי בסדר האיל קרימין חזק ביעילות האופקם
 יפ לא דואינולף סופל שמניף
 הועדה מטרה למיון אינולופ ליו מחין אינולופ
 צו כל יפ למחין אנוס אנולופים קל. מפרק PIP2 וכן אבולופים
 קל של הגיב הולופל אופקם קל
 אומל גביים חילוף מולופל-לאז סזיק אנולופים
 יכויין יי כבדיקת יל שימילי רתם בסריו אנולופים אלא מכריו
 ציקר הולופל ה צלופל אנולופים מולופל אופקל אקולופל
 שמור מולופל א ינולופ מולופל מולופל אומולופל אומולופל
 האומולופל שמור איו צמולופל קולופל

8

התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:

9

תחום רפואי	שם הרופא	אחוז זמנית	תחילת הנכות הזמנית	אחוז וסעיף נכות יציבה	נכות שאינה נובעת מהפגיעה	החלטת הועדה

מס' ועדה 872149	נושא הדיון	סודר דיון 1	סודר בקשה 1	מספר זהות 301222469⁰	שם התובע מזרחי אביהו יע
---------------------------	------------	--------------------------	--------------------------	---	-------------------------------

10 אבחנות: שני מקרים אינדיקציה

11 סיכום ומסקנות: יש לפרט: האם הנכות נובעת מהפגיעה בעבודה ובאיזו מידה, הן הנכות זמנית והן הנכות יציבה.

נתינו זמניות 30% מיום 25/7/20 ועד יום 30/9/20.

נכות זמנית 20% מיום 1/10/20 ועד יום 31/12/20.

נכות זמנית 10% מיום 1/1/21 ועד יום 15/2/21.

נכות צמיתת כלין שני האינדקס, לפי טפס סדף 44 (נצ) מחלק מיום 16/2/21.

12 דיון בהפעלת ☐ תקנה 15 ☐ תקנה 16 :

האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? ☐ כן ☐ לא

☐ הועדה מבקשת לקבל: ☐ בדיקת הכנסות מפקיד תביעות ☐ חוות דעת הרשות

☐ האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? ☒ לא ☐ כן שיעור ההפעלה: ☐ ב-1/4 ☐ ב-1/3 ☐ ב-1/2

☐ האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? ☐ לא ☐ כן

הנימוקים להחלטה: מסיק אחרון ואומץ

13 הועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ונדרש חומר נוסף.

14 המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

האם הועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: ☐ לא ☐ כן, בעוד _____ שנים.

האם ניתן למסור דו"ח הועדה לידי התובע? ☐ כן ☐ לא

האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? ☐ כן ☐ לא

שם התובע מזרחי אביהו יע	מספר זהות 301222469	סודר בקשה 1	סודר דיון 1	נושא הדיון	מס' ועדה 872149
-------------------------------	------------------------	-------------------	-------------------	------------	--------------------

15 החלטת הועדה הרפואית ניתנה על סמך בדיקת התובע או עיון במסמכים שפורטו בסעיף 4 לפרוטוקול
 בשיבה מתאריך 18/02/2021 בקשר לפגיעה מתאריך 15/06/2020

נכות זמנית			
בשיעור	במילים	לתקופה	
		מיום	עד יום
30	חמישה	25/4/20	30/9/20
20	עשרים	1/10/20	31/12/20
10	עשרה	1/1/21	15/2/21

נכות יציבה							
בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%	
%	במילים			אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב-%	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב-%
5	חמישה		344				
סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: חמישה							
הגדלה לפי תקנה 15 ב: נכות משוקללת							
דרגת הנכות היציבה מיום: 16/2/21 במילים: חמישה							
התוספת באחוזים: %							
באחוזים: %							

נכות יציבה נוספת								
בשיעור		הליקוי	סעיף במבחנים	מצב קודם		מידת השפעה סה"כ 100%		% הנכות הנובע מהפגיעה
%	במילים			אחוז נכות	סעיף במבחנים	שיעור ההשפעה הנובע מהפגיעה ב- %	שיעור ההשפעה הנובע מגורמים אחרים ב- %	
סה"כ הנכות הרפואית הנובעת מהפגיעה הנדונה: במילים: _____ נכות משוקללת _____ %								
הגדלה לפי תקנה 15 ב: _____ התוספת באחוזים _____ %								
דרגת הנכות היציבה מיום: _____ במילים: _____ באחוזים _____ %								

חתימות הפוסקים הרפואיים

אני מצהיר בזאת כי:

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

שם הפוסק הרפואי	מומחיות	חתימה וחותמת	תאריך
נחום ערד גלית	אורטופד		18/02/2021

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואני נמצא בניגוד עניינים לכלים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

תאריך 18/02/2021 שם מזכיר הישיבה דור כהן חתימת וחותמת *

תאריך הדפסה 18/02/2021



תיק: 301222469

דף 1 מתוך 1

לכבוד

אביהו יעקב מזרחי

בושם 17

תל אביב - יפו 6753031

611-129-016

תיק: 301222469

ז' בסיון, תשפ"א

18 במאי 2021



אדון נכבד,

הנדון: הודעה על החלטת ועדה רפואית לעררים

תביעתך לגימלת נכות- פגיעה בעבודה מ- 15/06/20

לידיעתך, ביום 14/05/21 קבעה ועדה רפואית לעררים את דרגת הנכות כדלקמן:

נכות זמנית	מתאריך	עד תאריך
30.00 %	25/07/20	30/09/20
20.00 %	01/10/20	31/12/20
10.00 %	01/01/21	15/02/21

דרגת נכות יציבה בשיעור 5.00% החל מ-16/02/21.

הודעה בקשר לזכאותך לגימלה, תישלח אליך בנפרד ממחלקת נפגעי עבודה.

החלטת הוועדה הרפואית לעררים היא סופית, אך ניתן לערער עליה, בשאלת חוק בלבד לבית הדין האזורי לעבודה שמענו: רח' הרב יצחק ניסנבום) בת ים 7 בת ים 59620.

את הערעור יש להגיש בתוך 60 יום מקבלת הודעה זו. יש לצרף העתק מההודעה לכתב הערעור.

לתשומת ליבך: אם בעתיד תחול החמרה במצבך כתוצאה מהפגיעה בעבודה תהיה רשאי לבקש קביעת מחדש של דרגת נכותך.

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

הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים.

מצורף בזה העתק מפרוטוקול הוועדה.

בכבוד רב,

סידני אוחיון

מזכיר ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג

אבא הלל 7 רמת גן



301222469 מספר זהות / דרכון	פ פיצול	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
6 9 סוג מסמך	 מספר דפים	

1	סודר בקשה
2	סודר דיון
876959	מס' ועדה
נושא דיון: דיון ראשון	

סניף מגורים	סניף הוועדה	מס' ועדה	תאריך הוועדה
תל אביב	תל אביב	876959	14/05/2021

פרטי התובע					
שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	תאריך לידה	מספר זהות
מזרחי	אביהו יע	זכר		08/11/1987	301222469
כתובת					
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב
בוסם	17			000000	תל אביב - יפו
טלפון קווי			טלפון נייד		
0 -			דואר אלקטרוני		
			050-5557764		

פרטי הפגיעה					
תאריך הפגיעה		מקצוע		מהות הפגיעה	
15/06/2020				חבלה באצבע 2 כף יד שמאל	
תיאור הפגיעה: תוך כדי פינוי אשפה נתפסה כף ידו במסרק חד					
סוג האישור: רושיא					
החלטת הוועדה נשוא הערעור					
תאריך		נכות צמיתה		נכות זמנית	
%	מיום	%	מיום	%	עד יום
5.00	16/02/2021	30.00	25/07/2020		30/09/2020
		20.00	01/10/2020		31/12/2020
		10.00	01/01/2021		15/02/2021
פירוט תעודות אי כושר שאושרו:			פירוט תעודות אי כושר שנדחו:		
מיום		עד יום		תיק נכות מעבודה	
16/06/2020		24/07/2020		תיק דמי פגיעה	
				נכות כללית	
				ניידות	
				איבה	
				מס הכנסה	
נא פרט על פגישות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)					
1.					
2.					

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
אביהו יע מזרחי	301222469	15/06/2020	14/05/2021

מסמכים שעמדו בפני הוועדה				
תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך	
18.2.21	החלטת הוועדה	6.		1.
		7.		2.
		8.		3.
		9.		4.
		10.		5.

חזר לעבודה בתאריך _____ לא עובד, הסיבה _____

החליף עבודה/עובד חלקי. הסיבה _____

האם קיימת ירידה בהכנסות? לא _____ כן, הסיבה _____

ממשיך לקבל טיפול רפואי? לא _____ כן, פרט _____ טיפול תרופתי _____ פיזיותרפיה _____ המשך מעקב _____

טיפול משלים _____ אחר _____

פרוטוקול

התובע נכח בדיון _____

בעת הדיון נכח גם: _____

עו"ד: שם _____

מלווה: שם _____

קרבה _____ ת"ז _____

פרטי התובע והזהות אומתו לפי _____ ת.ז. _____ דרכון _____ רישיון נהיגה _____ אחר _____

האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הוועדה? לא _____ כן - שם הרופא _____

הדיון לא מתקיים, הסיבה: _____

התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו. _____

הדיון נפסל, הסיבה: _____

המעורר _____ ערעור המוסד מתאריך _____ ערעור הנפגע מתאריך _____ פסק דין מיום _____

תלונות התובע _____

נימוקי הערעור _____

דברי בא כוח הנפגע _____

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית. שמות הפוסקים הרפואיים: _____

ביקלס יעקב _____

אני מסכים להיבדק ע"י חברי הוועדה הרפואית _____ כן _____ לא, הסיבה _____

חתימת התובע _____

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
אביהו יע מזרחי	301222469	15/06/2020	14/05/2021

התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

ממצאים בבדיקת הוועדה:

(באופן כללי, שאלה חבויה הייתה
הבדיקה לא אטומה או צבועה אלא אולם 2 לוחות ילדים
ניסו את יציבת הלוח
הבדיקה נראתה אין חילוק אולם 2 לוחות (כאן היציבה לא ניסו אלא
היציבה חלשה).

התייחסות לחוות דעת יועץ הוועדה					
תחום רפואי	שם הרופא	נכות יציבה		% זמנית	תחילת הנכות הזמנית
		אחוז	סעיף		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

אבחנות

יורה לומר תאנה האצתה 2 ב י לטוח

תצהיר תשובות לשאלון בתביעה למקי גוף

טופס 3

(תקנה 17)

אני הח"מ אביו מרחי. נושא ת.ז. 301222469 לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי , לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה כדלקמן

(1) תאריך לידה;

8.11.1987

(2) שמות קודמים;

(3) פרטי קופות חולים בעבר ובהווה;

כאלי

(4) פרטי הרופאים שטיפלו בעבר ובהווה;

מנחם אלכנן הגביה

(5) אשפוזים וטיפולים בעבר או בהווה - פרטי בית החולים, המועד וסיבת האשפוז או הטיפול

רצב אלפס ו'תיו אל סונ'א רפוא'א

(6) תרופות שנוטל באופן קבוע;

מטכ' כאלי

(7) האם עבר תאונות בעבר? אם כן - מתי ומה טיב הפגיעה

2005 דצמ אלכנן י'תיו אלכנן הגביה

(8) האם הגיש תביעות קודמות בשל נזק גוף? אם כן - פירוט

אלכנן אלכנן הגביה

(9) האם סובל ממחלות כרוניות או קשות או מנכות שלא עקב האירוע? אם כן - פירוט

נכו מנוז הדי'און 3.1

(10) האם היה בטיפול פסיכיאטרי או פסיכולוגי? אם כן - פירוט

פסיכאטר אלכנן

(11) - האם הגיש אי פעם תביעה למוסד לביטוח לאומי, לקצין התגמולים או לשירות התעסוקה, ואם כן

פרטיה ותוצאותיה;
כן כן

(12) פירוט ההטבות שהתקבלו בעקבות האירוע מכל גורם שהוא, לרבות ביטוח לאומי

כלי פולאק וכו'

(13) פרטי מוסדות חינוך שבהם למד וההשכלה

האולמ יסודי
מסגרת ביניים אולמ סינטיאליסטי
תיכון אולמ מאולמ

(14) פרטי כל מקומות העבודה, תקופת העבודה והתפקיד

מפנה - עיריית זכרון
פיכאי - נים יחיד
שפיר - אולמ כולל

(15) נתוני שכר מלאים משנתיים שלפני האירוע עד הגשת כתב התביעה

בתחילת איסוף

(16) תקופת היעדרות מלאה או חלקית מהעבודה

יכולת במסגרת תמס'ב נזק

(17) אם שירת בצבא ההגנה לישראל - מספר אישי ותקופת השירות

לוחם ומפקד במסגרת הגדוד
6/226957 שירות מלא

(18) האם הייתה הזדקקות לעזרת הזולת לאחר האירוע וכתוצאה ממנו ומה העזרה שלה נזקק לפני האירוע

עזרה דני משפחה ומקרה אחר העזרה
הנני מאשר/ת כי זהו שמי, זו חתימתי ותוכן תצהירי אמת

חתימה

אישור

הנני מאשר בזה כי ביום 2.9.21 הופיע בפני, עו"ד אריאל פרייברג, במשרדי ברחוב אבא הלל 7, רמת גן, 5/י'א' 5 יח', המוכר לי אישית ולאחר שהוזהר כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות הצהרתו וחתם עליה.

אריאל פרייברג, עו"ד

03-5303801 איכיל

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה									
שנה			חודש				יום		

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
"טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט".

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכויים		טלפון קווי	
מ.צ.ר. 337		924203565		1097661624			
רחוב / תא דואר		מס' בית		מיקוד		טלפון פקס	
3		כר סמ		1097650656			

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

פרטי התובע		שם משפחה		שם פרטי		מין		מספר זהות / דרכון	
מ.צ.ר. 17		מ.צ.ר. 17		מ.צ.ר. 17		מ.צ.ר. 17		מ.צ.ר. 17	
כתובת		רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
מיקוד		טלפון קווי		טלפון נייד		ישוב		מיקוד	

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

פרטי התאונה		נפגע בתאריך		כאשר עבד ב		סוג העבודה	
מ.צ.ר. 15062020		09/45		מ.צ.ר. 15062020		מ.צ.ר. 15062020	
מקום התאונה:		במפעל ☐ ת. דרכיו בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר		כתובת מקום התאונה			
תיאור התאונה		כח הנדסאי		חוק כבי אבוקה (תכסה כל יצו המסד והחם		מ.צ.ר. 308-28-601 (לכבר האובד)	
האיבר שנפגע		כף ימין		שם המאשר ותפקידו		תאריך	
חתימה וחותמת המעסיק *		51-7067		חתימה וחותמת המעסיק *		51-7067	

פרטי המוסד הרפואי		למילוי ע"י המוסד הרפואי	
הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐		הנפגע אינו חבר בקופת חולים ☐	
מהות התאונה (אבחנות רפואיות):			

טופס זה מנסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/ 250 (02.2019)

חניקין בידיים טובות



תאריך 18/04/21

לכבוד

מזרחי אביהו יעקב

ת.ז. 30122246-9

בוסם 17

תל אביב- יפו 67530

הנדון: אישור העסקההננו מאשרים כי עבדת אצלנו מתאריך 25/05/2020 עד לתאריך 15/06/2020.פרטי המעסיק

שם: מצדר בע"מ

ת.ז. ניכויים: 924203565

כתובת: המוביל 3 כפר סבא 44241

טלפון: 09-7661621

בכבוד רב,
מצדר בע"מ
ח.פ. 51-199802-3
ת.ד. 2469 א.ת. כ"ס

חתימה וחותמת

הופק ע"י: ש.כ.נ 1997 הובלות ומסחר בע"מ באמצעות "טריו" של עקף מערכות בע"מ

רחוב המוביל 3 כפר סבא מען למכתבים: ת.ד. 2469 א.ת. כ"ס 44427 ח.פ. 511998023

פקס: 09-7650656

טל: 09-7661621

שלמה ביטוח

מבוטח/ת יקר/ה
בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:
א. בעלות הרכב: אחרת
ב. ברכב קיימת כרית אויר אחת לפחות; לא
אם הנתונים לעיל אינם מלאים בבקשתם לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם.

שלמה ביטוח

הדפסה מתאריך 26/06/19

ותק לחבוטת
תעודת ביטוח חובה מס': 7656309
15 פקודת ביטוח רכב מנועי (נסמך חרש) חשיב / 1970

שים לב:
מסירת תשובה שאינה מלאה זכנה טרם כתיבת חוזה הביטוח
עלולה להקטין את תפוצתם שישולמו לבעל הפוליסה
או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה
כמפורט בסעיף 8 לפוליסה.

מס' חתימה: 30828601
מס' הפוליסה: 1103322480/19-00
סוג חבילה: סוג רכב לצורך ביטוח: A/P320B6X סקניה
מס' עולה: סוג יצוא: 26000
מס' נוסעים: 2019
תאריך חלואה: 2
קוד מוטב: 26/06/19
חתימת חבילה: 1631

שם בעל(י) הפוליסה: מ.צ. / ח.פ.
מזכיר בע"מ: 511998023
כפר סבא 44326
מועד תחילת תביעה (המועד בו חותמת תעודה זו בחתמת חבילה אך לא לפני)
מועד פקיעת הביטוח: 30/06/20
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בגב תעודה זו
ושימוש חמוג ברכב:
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בגב תעודה זו
שם הסוכן: אקורד סוכנות לביטוח

שם המבוטח/ת: 26/06/2019
שם המבוטח/ת: 237489
שם המבוטח/ת: 481
כרטיס אשראי אישור מס': 000099272
חשבונית לבעלים: 5014.00

כל מוטבת חבילה
על תעודה זו
אין לה תוקף
נא בדוק נכונות
הסכמים שבתעודה.
נו מאשרים כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוגשת לפי חרואת המפורט
על תעודה חברה לביטוח בע"מ
ה' הוציא נגד קריח ארית פתח תקוה, 49516 טל: 03-6070555 פקס: 03-6070554
www.shlomo-bit.co.il

שלמה ביטוח

הודעת זיכוי
תעודת ביטוח חובה מס': 7656309

מס' חתימה: 30828601
מס' הפוליסה: 1103322480/19-00
סוג חבילה: סוג רכב לצורך ביטוח: A/P320B6X סקניה
מס' עולה: סוג יצוא: 26000
מס' נוסעים: 2019
תאריך חלואה: 2
קוד מוטב: 26/06/19
חתימת חבילה: 1631
שם המבוטח/ת: 26/06/2019
שם המבוטח/ת: 237489
שם המבוטח/ת: 481
כרטיס אשראי אישור מס': 000099272
חשבונית לבעלים: 5014.00

מס' פקודת ביטוח רכב מנועי (נסמך חרש) חשיב / 1970
שם בעל(י) הפוליסה: מ.צ. / ח.פ.
מזכיר בע"מ: 511998023
כפר סבא 44326
מועד תחילת הביטוח: 1/07/19
מועד בו חותמת תעודה זו בחתמת חבילה אך לא לפני
מועד פקיעת הביטוח: 30/06/20
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בגב תעודה זו
ושימוש חמוג ברכב:
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בגב תעודה זו
שם הסוכן: אקורד סוכנות לביטוח
שם המבוטח/ת: 26/06/2019
שם המבוטח/ת: 237489
שם המבוטח/ת: 481
כרטיס אשראי אישור מס': 000099272
חשבונית לבעלים: 5014.00
נו מאשרים כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוגשת לפי חרואת המפורט
על תעודה חברה לביטוח בע"מ
ה' הוציא נגד קריח ארית פתח תקוה, 49516 טל: 03-6070555 פקס: 03-6070554
www.shlomo-bit.co.il

זו תעודה תעודה זו
המאשרת סניפי חבילות
אדם, במזומן או באמצעות
קניית תעודה ניהול, כאמור
ורד וישראל.

עליו חשבונו 600-802832
מס' חשבונו 800-1382053
ורד וישראל חשבונו 481-237489
מס' חשבונו 010-7242806
נק מזהיר חשבונו 001-8623180

SYNEL LTD. חכנון וביצוע במערך השכר של
תל אביב, טלפון 03-7555100. חיפה, טלפון 04-8475400

עובד: מיון על פי: 01/09/2020
 מתאריך: 30/09/2020 עד תאריך:
 תצורת שעה: עשרוני
 מספר לשכר: אוכלוסיה: עובדי חברה

אביהו יעקב מזרחי

2104

עובד:

301222469

אז:

כינוי:

ת א טיאוט

9

מחלקה:

כרטיס:

גלובלי 6 ימים - 10

הסכם:

אחוז משרה: 100

תאריך	יום	סוג יום	כניסה	יציאה	סה"כ נוכחות	שעות רגילות	נ. 100%	שבת 100%	נ. 125%	נ. 150%	רגילות שבת	רגילות חג 150%	נ. 175%	נ. 200%	קוד העדרות	זמן העדרות	זמן הפסקה
01/09	ג	רגיל	04:01	12:03	7.53	7.53											0.50
02/09	ד	רגיל	04:02	12:03	7.52	7.52											0.50
03/09	ה	חמישי	04:03	12:01	7.47	7.47											0.50
04/09	ו	שיש חורף	04:02	12:05	8.05	8.00											
05/09	ש	שבת חורף															0.50
06/09	א	רגיל	04:01	12:03	7.53	7.53											0.50
07/09	ב	רגיל	04:04	12:02	7.47	7.47											0.50
08/09	ג	רגיל	04:01	12:03	7.53	7.53											0.50
09/09	ד	רגיל	04:03	12:05	7.53	7.53											0.50
10/09	ה	חמישי	04:01	12:03	7.53	7.00											0.50
11/09	ו	שיש חורף	04:03	12:05	8.03	8.00											
12/09	ש	שבת חורף															0.50
13/09	א	רגיל	04:01	12:03	7.53	7.53											0.50
14/09	ב	רגיל	04:02	12:02	7.50	7.50											0.50
15/09	ג	רגיל	04:01	12:02	7.52	7.52											0.50
16/09	ד	רגיל	04:02	12:01	7.48	7.48											0.50
17/09	ה	חמישי	04:01	12:05	7.57	7.00											
18/09	ו	שיש חורף	04:01	12:03	8.03	8.00											
19/09	ש	חג															
20/09	א	חג															
21/09	ב	רגיל															
22/09	ג	רגיל															
23/09	ד	רגיל															
24/09	ה	חמישי															
25/09	ו	שיש חורף															
26/09	ש	שבת חורף															
27/09	א	ערב כיפור															
28/09	ב	חג															
29/09	ג	רגיל															
30/09	ד	רגיל															
סה"כ																	6.50
																	120.14 121.82

סה"כ

סוגי שעות	קטגוריות תשלום	חריגים	ימי מילואים
תקן תקופתי	שעות רגילות	ימי חופשה	ימי מילואים
סה"כ נוכחות	שעות שבת 100%	ימי מחלת עובד	ימי אבל
ימי תקן	ש.ג. 100%	ימי מחלת ילד	ימי תאונת עבודה
ימים במועל	ש.ג. 125%	ימי מחלת הורה/בן-בת זוג	
מחלה יום I	ש.ג. 150%		
מחלה יום 2-3	בחירות 100%		
מחלה יום 4 ואילך			
י. עבודה בשבת/חג גאן - ימים			
י. עבודה בשבת חודשיים - ימי			

מבהל:

עובד:



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק
לפי תקנה 18 א'
למי שאינו מסוגל לעבוד

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג

המסמך

דפים

1506 2020
שנה חודש יום

תאריך הפגיעה בעבודה

פרטי התובע

30 1222469

מספר זהות

שם פרטי

15/1

שם משפחה

15/1

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

שכיר – מקום העבודה ☒ 15/1

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: _____ מקצוע: _____

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☐ לא, ציין את הסיבה: _____

התייצבתי כדורש עבודה בשירות התעסוקה ☐ לא ☐ כן, בתאריך: _____
חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

☐ עצמאי ☐ העסק בבעלותי ☐ שותפות
מצב העסק כיום: ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמה ☐ אין שינוי בפעילות העסק
אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: _____

הצהרה

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 15.6.20 עד תאריך 15.6.20 לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי. ידוע לי, כי אם תאושר זכאותי כנכה נזקק, תבוטל זכאות לאבטלה (אם יש כזו). ידוע כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ ביה"ח ☐ אחר _____
נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג _____

תאריך 20.4.21 שם 15/1 חתימה 15/1 x

אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____

אני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____

לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____

קבל שכר עבור תקופה זו ☐ כן ☐ לא

הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ☐ כן ☐ לא, הסיבה: _____

הערות: _____

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת x