

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

14.11.22

לכבוד

מגדל מקפת קרנות פנסיה וגמל בע"מ

בדוא"ל

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

א.ג.נ.,

הנדון : נמר אלקרינאוי, ת"ז 201455227
תביעת אובדן כושר עבודה
מס' תביעה : 500051607

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 19.10.22 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן :

1. מצ"ב אישור מעסיק על היעדרות, מסמכים דרושים על ידכם חתומים ומלאים, אישור ניהול חשבון, וספח תעודת זהות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי אודה.


בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד



שם	מספר זהות
מספר תעודת זהות	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

הגשת בקשה - תשלום קצבת נכות

טופס מספר 000

א. פרטי העמית המבקש					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	עיסוק	תאריך לידה	מצב משפחתי
2014552227	אלקטא	נח	אזר נא	26/11/1979	נ ☒ ז ☐ ג ☐ א ☐ נ ☐ ר ☐
כתובת מגורים (רחוב)		יישוב	מס' בית	מס' דירה	מיקוד
אלולא		רה	31		ת.ד.
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון	מספר טלפון נייד		מספר פקס
			053-4240613		
שמות הרופאים המטפלים / טיפול שלא באמצעות קופת החולים			שם קופת חולים		
			☒ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת		

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שציינת לעיל			
* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני: אני מסכים כי בכל מקום בו מכוון החוק ו/או תכנית הפנסיה שיש לי במגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.			
☐ דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד) ☒ דואר ישראל ☐ פקס בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.			
1. למבקשים לעדכן את פרטי ההתקשרות המופיעים בסעיף א' בכל מערכות החברה ☐ יש לסמן ולצרף תעודת זהות כולל ספה ידוע לי והנני מאשר כי הפרטים שיעודכנו ישמשו את ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) לצורך יצירת קשר עימי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל ו/או קרנות הפנסיה הרשומים על שמי בחברה.			
2. אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה ☐ יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____ הריני מאשר בזאת למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח בתוכנית הפנסיה את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ בכל הנוגע להעברת המידע ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו. ככל שלא תמנה את הסוכן שלך לטפל בשמך בתביעה לפי סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.			
תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר תעודת זהות	חתימת העמית *
7.11.22	נח אלקטא	2014552227	

ג. הצהרות העמית	
1. אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים, מדויקים ושלמים ואני אחראי לאמיתותם ואני מתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי הנהלת הקרן תהיה רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.	
2. ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ו/או אישורים ו/או פרטים נוספים כתנאי לתשלום או להמשך תשלום פנסיה ו/או אחר.	
3. ידוע לי כי לאחר התחלת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי.	
4. אני מאשר ונותן לכס בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות פרטים, שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.	
5. ידוע לי כי אם יתברר בעתיד שבטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אזי תהיה הקרן רשאית לבצע תיקונים ו/או התאמות נדרשות וכן לקזח התשלום מתשלום הקצבה ו/או מכל סכום שיעמוד לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, על-פי כל דין.	
6. ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, כל חוב שלי ו/או של הרשומים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו על-ידי הקרן.	
7. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום קצבה ו/או אחר המגיע לי ו/או לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, את מלוא המיסים ו/או ההטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שהיו מעת לעת, הנובעים ו/או המוטלים על העמית ו/או שאירי ו/או מוטביו ו/או יורשיי בגין תשלום של הקרן אליהם.	
8. אני מתחייב בזאת להודיע למגדל מקפת מידית על כל שיפור שיחול במצב בריאותי אשר יאפשר חזרתי לעבודה מלאה או חלקית באופן השונה מהמצב הרפואי על-פיו אושרה לי הקצבה.	
9. ידוע לי כי אם אשה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, אני מתחייב להודיע לקרן הפנסיה על שהייתי מחוץ לישראל ולמסור לקרן פרטים ליצירת קשר עימי בתקופת שהותי מחוץ לישראל. כמו כן, לצורך בדיקת זכאויותי להמשך קבלת קצבה, אני מתחייב להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" מדיי תקופה, בהתאם לבקשת הקרן.	
תאריך	חתימת העמית *
7.11.22	



016230000404190722

עמוד 4 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 623 | לשימוש פנימי - X: ☐ תב 1 ☐ תב 7

מגדל חברה לביטוח בע"מ



AVT: 1444

שם	מספר זהות
מספר תכנית	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

נספח א' - למילוי בידי העמית

אני מבקש בזאת, בכפוף לתקנון הקרן וליתרת הזכאות הרשומה על שמי, לקבל קצבת נכות החל מתאריך _____ בהתאם לנתונים המפורטים בבקשה זו ולמסמכים המצורפים.
האמור בכל ההסברים שבטופס, כפוף לתקנון קרן הפנסיה של מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, והאמור בתקנון הוא הקובע.

שאלון לעמית מבקש קצבת הנכות

נסיבות הבקשה:

☐ מחלה ☒ תאונה

☐ שמירת הריון ☐ תאונה אישית ☐ תאונת עבודה ☐ מחלת מקצוע ☐ תאונת דרכים ☐ תאונת דרכים/עבודה ☐ אחר _____

הנך מתבקש לענות בכתב על כל השאלות שלהלן:

- מועד הפסקת העבודה כתוצאה מהתאונה או המחלה (גם אם שולמו ימי מחלה מאתנו מועד): 19.6.22
- פרט את מהלך הסיבות והתוצאות של התאונה / המחלה: נפילת יד ימין מאדורגה גובה 5 מטר

- במקרה של תאונה, מתי קרתה? במקרה של מחלה - מתי הופיעו לראשונה סימנים למחלה: 19.6.22

- מי הם הרופאים והמוסדות הרפואיים שהם קיבלו טיפול בקשר לנכות זו? ד"ר חוה סורוקה וקרן חלם

- האם איבדת את יכולתך לבצע פעולה מפעולות היום יום? ☐ לא ☒ כן (במידה והתשובה היא כן, נא סמן את הפעולות המתאימות):

☐ לקום ולשכב ☐ להתלבש ולהתפשט ☐ להתרחץ ☐ לאכול ולשתות ☐ לשלוט על הסוגרים ☐ נידודות באופן עצמאי ☐ תשישות נפש

כמו כן, נא ציין מתי איבדת את יכולתך לבצע פעולה/ות אלו: אני איבדתי את היכולת ללכת

- מסור פרטים מדויקים על עיסוקך ותפקידך בעבודתך ערב קרות אירוע הנכות:

6.1 עיסוקך ותפקידך _____

6.2 מספר שנים בהן היית בעיסוקך / תפקידך הנ"ל _____

6.3 האם שינית מקצוע או משלח-יד מאז הצטרפותך לקרן הפנסיה, אם כן, נא מסור פרטים על השינוי _____

6.4 האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרות אירוע הנכות ואם כן מתי? _____

7. פרט השכלה, הכשרות תעסוקתיות, לימודים ועוד: _____

- האם הנך מסוגל לעבודה כלשהי? אם כן איזו? כן

- האם הנך עובד כעת בעבודה כלשהי למען שכר או תגמול? אם כן מהי ומה הכנסתך החודשית? כן

- האם הנך נוהג ובעל רישיון בתוקף? _____

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת העמית *
16.11.22	נרי סורוקה	20145522	

קצבת נכות כתוצאה משמירת הריון

אני מצהירה כי בקשתי זו הינה בגין אובדן כושר עבודה שנגרם כתוצאה משמירת הריון. ככל שתאושר בקשתי אבקש (יש לבחור אחת מהאפשרויות הבאות):
☐ שהקרן תשלם לי קצבת נכות כולל זקיפת דמי גמולים* עבור תקופת הנכות ובהתאם לחלקיותה. ידוע לי כי במקרה שתהיה לי זכאות לתשלום גמלת שמירת הריון מהמוסד לביטוח לאומי עבור שמירת ההריון, רשאי המוסד לביטוח לאומי לבטל לחלוטין את גמלת שמירת ההריון או להקטין.
☐ שהקרן לא תשלם לי קצבת נכות ותבוצע זקיפת דמי גמולים בלבד* עבור תקופת הנכות ובהתאם לחלקיותה.
*זקיפת דמי גמולים ("שחרור") - ביצוע הפקדות לקרן הפנסיה ע"י הקרן לצורך שמירה על הזכויות בקרן.
בחירתי זו הינה סופית ומחייבת ולא תהיה לי טענה כלפי קרן הפנסיה או מי מטעמה בעניין זה ואני מתחייבת לשפות ולפצות את קרן הפנסיה ככל שתועלה טענה כלפיה בעניין זה.

תאריך	חתימת העמית *

מגדל חברה לביטוח בע"מ

עמוד 1 מתוך 1 דפים

קוד מסמך: 106 | לשימוש פנימי - X: ☐ חב 1 ☐ חב 7

011060000101190722

1444.pdf 129178-34

(מהדורה 07.2022)

כרטיס עובד⁽¹⁾ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993



AVT: 1378.pdf 129478-31

סמך/י ✓ בריבוע המתאים

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולערכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצטרף על כך תוך שבוע ימים.

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9 3 5 9 6 7 8 5 1

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום זהות כולל ספה. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)		שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות (9 ספרות)
מין ☐ זכר ☒ נקבה		תאריך לידה	תאריך עליה	מספר טלפון נייד
		26.04.1979		053/4240613
סמך/י	מספר טלפון	מספר	עיר/ישוב	חבר/שכונה
053/4240613	1	1535700	31 וי	מ/ב/ל
קידומת	קידומת	מקור	עיר/ישוב	מספר
קידומת	קידומת	מקור	עיר/ישוב	מספר
חבר בקופת חולים	תושב ישראל	מצב משפחתי	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	כתובת דואר אלקטרוני
☐ לא ☒ כן	☐ כן ☒ לא	☐ רווק/ה ☒ נשוי/אה ☐ גרושה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	☐ כן ☒ לא	
שם הקופה	שם הקופה	שם הקופה	שם הקופה	שם הקופה
כ/ל	כ/ל	כ/ל	כ/ל	כ/ל

ג. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת				

ד. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה ⁽¹⁾				
יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:				
☐ משכורת חודש ⁽²⁾	☐ שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾	☐ משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾	☐ קצבה ⁽⁶⁾	☐ מלגה ⁽¹⁾
☐ משכורת חלקית ⁽⁴⁾	אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמך/י:			
☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו, איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת ⁽⁷⁾				
☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו ⁽⁸⁾				

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה
		אסא אלקיטא	224350041	09.02.2016
		נאמי אלקיטא	225236876	22.01.2017
		עמית אלקיטא	344227374	21.05.2017
		רמא אלקיטא	228042677	12.11.2019

ו. אישורים מצ"ב

☐ אישור פקיד השומה לתיאום מס.

ז. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות

1	☐ אני נכה 100% / עיוור/ת / לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא טומן בפרק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
2	☐ אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מוכה ⁽⁹⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312.
3	☐ אני הורה במשפחה חד הורית ⁽¹⁰⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 4 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם ילדיו/ה אחר/ת.
4	☐ בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ד. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹¹⁾ .
	☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____
	☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____
	☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____
	☐ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____
5	☐ בגין ילדיי הפעוטות. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 4 לעיל), אשה לא נשואה אינם בחזקתו וכן הורה יחיד ⁽¹¹⁾ .
	☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____
	☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____
6	☐ אני הורה יחיד ⁽¹¹⁾ לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיף 4-5 לעיל).
7	☐ בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ד ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המצא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
8	☐ אני הורה ל _____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלות ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
9	☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. (מצורף פסק דין).
10	☐ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחויות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ח. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

14.11.27

תאריך
קוד מסמך 170

חתימת הגימלאי/ת



AVT: 179270401MDK.D0129178

שם	מספר זהות
מספר טלפון נייד	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי קצבה

לכבוד

שם הבנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	יישוב	מיקוד
אמ"ל	789	מ/א יקותיאל	14	א/נ"מ	7757313

פרטי חשבון הבנק לתשלום הקצבה

מספר חשבון בנק	שם בעל החשבון	שם בנק	שם סניף	מספר סניף
03140703	נמר אלימלך	אמ"ל	א/נ"מ	789

נכבדי,

הואיל ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ משלמת / תשלם לי מידי חודש בחודשו קצבה חודשית, אשר נזקפת / תיזקף על-ידכם, לפי בקשתי, לזכות חשבוני אצלכם, אני נותן לכם בזה, לפי בקשת הקרן, הוראה מוחלטת ובלתי חוזרת, להחזיר לקרן לפי דרישתה הראשונה כל סכום שיועבר על-ידה לחשבוני שלא כדין ומבלי שהיתה לי זכות לסכום זה, בהתאם לקביעת הקרן ומבלי שייפגעו זכויותי כאמור להלן, וזאת כל עוד מצב חשבוני יאפשר לי זאת ו/או לא תהיה כל מניעה חוקית לביצוע הוראתי זו.

ידוע לי שאוכל להורות לבן משפחה לפעול מטעמי בחשבון לאחר תיאום הנושא עם הקרן.

הוראותי הנ"ל אינן ניתנות לכל שינוי או לביטול בלי הסכמת הקרן מראש ובכתב, והן יישארו בתוקפן גם אחרי שזכותי לקצבה תפוג לחלוטין. למען הסר ספק, ומבלי לגרוע בהחלטיות הוראותי הנ"ל, מוצהר בזה שאין לראות בהוראה זו שום ויתור או מחילה על זכות כלשהי המגיעה לי ו/או לזכאים מכוח זכותי על-פי תקנון הקרן, וכי הוראה זו ניתנת כדי לאפשר לקרן להחזיר לעצמה כספים ששילמה לי מבלי שהייתי זכאי להם על-פי תקנונה, בהתאם לקביעתה וזאת מבלי לגרוע מזכותה לפעול בכל הליך אחר להשבת סכומים ששולמו על-ידה ביתר.

הוראתי זו כוחה יפה רק לגבי כספים שהועברו לחשבוני על-ידי הקרן, ובשום מקרה אין לנהוג לפיה לגבי סכום גבוה יותר מסך הסכומים שהועברו על-ידי הקרן.

חתימת
העמית *

19/10/2022

תאריך

לצורך תשלום לחשבון הבנק הנ"ל יש לצרף המחאה מקורית מבוטלת או להחתים את הבנק על האישור מטה

אישור הבנק:

יש לחתום במקום המיועד ולהחזיר לקרן

מספר
זהות

מתנהל
על שם
המבוטח

אנו מאשרים כי
החשבון שמספרו

חתימת
הסניף *

תאריך

מגדל חברה לביטוח בע"מ



0113310000101140221

עמוד 1 מתוך 1 דפים

קוד מסמך: 1331 לשימוש פנימי - סמן X: 1 חב 7 חב



AVT: 1096

שם מבטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
מספר תביעה	

טופס מספר 000

טופס הודעת מעסיק על היעדרות עובד עקב תאונה/ מחלה

יָצָא
מכתר
מבטח
על המעסיק

הרינו להודיע כי:

העובד, שם משפחה _____ שם פרטי _____

מספר זהות _____

בתפקיד _____

אשר עובד בחברתנו החל מתאריך _____

חדל מלהגיע לעבודתו עקב תאונה החל מתאריך _____.

הנ"ל חזר לעבודתו בתאריך _____ למשרה בהיקף של _____ שעות, _____ ימים בשבוע.
היקף משרתו טרם התאונה היה % _____.

בברכה,

שם	תפקיד
----	-------

שם	תפקיד
----	-------

חתימה	וחותמת המעסיק *
-------	-----------------

תאריך

1096.pdf 129178-31

את המסמכים אפשר לשלוח אלינו באחת מהדרכים הבאות:

בדואר: עבור מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, עבור תביעות פנסיה.

ת.ד. 3778 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

בפקס: 076-8869264 דוא"ל: makefetclaim@migdal.co.il

יש להעביר את המסמכים בצירוף פרטים מזהים כגון: מס' תוכנית, מס' זהות, שם מלא ותאריך אירוע.

כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | Whatsapp 054-9201028 | מוקד טלפוני 03-9201010

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ. ת"ד 3063 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106



018580000101301219

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 858

P - RAZ: 33 RP: 71 - 7/8 - 179270A01MDK.D0128178 - MAT: 000004 רפוס בארי



AVT:

שם הסוכן	מספר רשיון
שם המפקח	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

ויתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות	
רן		אוראל		201455222	
שם האב	מספר טלפון	מס"ד בית	מס"ד דירה	יישוב	מיקוד
רן		רן		רמת	

אני הח"מ, נתן בזה רשות לקופת החולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או חברות ביטוח ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעדי ו/או לכל עובדיהם ו/או מי מטעמם (להלן "המוסדות") למסור למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמם ו/או לבאי כוחן (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש ע"י המבקש המצויים בידי המוסדות, על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעדי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שאחלה / שחליתי / שאני חולה בה, ואני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעדי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליהם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם מוסד
211	רמת		
שמות נותני השירותים			
רופאים	1.	2.	3.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.
שם קופ"ח קודמת			

1095.pdf 129063-407

ב. חתימת אפטרופוס - במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפטרופוס
					*
					*

ג. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק / סוכן ביטוח בצירוף חותמת / מספר רישיון סוכן.

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד	מספר רישיון: 62254
14.11.22	ד"ר אהרון	06630930		

ד. חתימת העמית

תאריך	מספר זהות	חתימת העמית
14.11.22	201455222	

(מהדורה 07/2022)

P-R4Z.25 RP: 53 · 9/13 · 178270A01MDK.D0128083 · MAT: 000003

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 106

עמוד 1 מתוך 1 דפים

011060000101240722



עמוד 1 מתוך 2

מספר זהות: 201455227
י"א אלול תשפ"ב
07 ספטמבר 2022

לכבוד
נמר אלקרינאוי
48
רהט 8535700

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

כללי 1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 19/06/2022), קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 05/09/2022 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

הנכות הרפואית	התקופה
100.0 %	מ-20/06/2022 עד-22/06/2022
100.0 %	מ-19/09/2022 עד-31/12/2022

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

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

דרגת נכות עשויה לזכות בקצבה מיוחדת בשל צרכים מיוחדים עקב הנכות. לבדיקת זכאותך, אנא פנה למחלקת השיקום בסניף מגוריך.

זכותך וזכות המוסד להגיש ערר לוועדת עררים על אחוזי הנכות הרפואית את הערר יש להגיש בטופס ב.ל. 247 לאחד מסניפי הביטוח הלאומי תוך 60 ימים ממכתב זה. ניתן להוריד את הטופס באתר האינטרנט או לבקש מהמוקד הטלפוני שישלח אליך טופס בדואר. לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.

לשירותך

בסניף ליד ביתך
אשנב רהט, מרכז מסחרי
909, רהט



במוקד הטלפוני
6050 או 04-8812345
שעות מענה:
א' עד ה' מ-8:00 עד 17:00



באתר האינטרנט
www.btl.gov.il





בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,
גלית אביאל
מזכירות ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג - עו"ד פרייברג אריאל

דוח ועדה רפואית

נמר אלקרינאוי, מספר זהות 201455227

סניף המגורים	סניף ראשי באר שבע	סניף הוועדה	סניף ראשי באר שבע	מספר ועדה	NV-24268-5200	תאריך הוועדה	05/09/2022
--------------	-------------------	-------------	-------------------	-----------	---------------	--------------	------------

פרטים אישיים

שם:	נמר אלקרינאוי	מספר זהות:	201455227	תאריך לידה:	26/04/1989	מגדר:	זכר	כתובת למשלוח דואר	48, רהט 8535700
טלפון:	08-9918695								

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	19/06/2022	תיאור הפגיעה	- מעמד תעסוקתי: שכיר - תיאור המקרה: חבלה נחבל ממלגזה - מהות המקרה: שבר בעצם 4 בכף רגל ימין
--------------	------------	--------------	--

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה		
מתאריך	עד תאריך	פירוט
23/06/2022	18/09/2022	88 ימים
תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה		
מתאריך	עד תאריך	פירוט
19/09/2022	21/09/2022	תום תקופת אי הכושר-ס'92

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
הקלטת הדיון	הלקוח סרב להקלטה המייצג הסכים להקלטה

משתתפי הוועדה

ד"ר אביחי גיאת	כירורגיה אורטופדית
עדואן אבו עגאג	מזכיר הישיבה

דברי התובע**פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו**

עורך דין | פגיעה מיום 19.6.2022, עבר ניתוח ברגל ימין לאחרונה

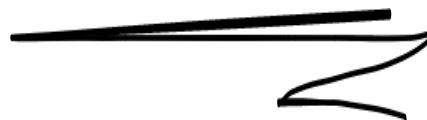
מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

לא חזר לעבודה עקב הפגיעה.

הצהרה**הצהרה של נמר אלקרינאוי**

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: עדואן אבו עגאג, ד"ר אביחי גיאת
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

רגל חבושה. עם נעל דרקו.

פצע לא נפתח

מסקנות

מדובר במצב לאחר חבלת מעיכה
איזור נמקיים בקרסול ובכף הרגל
לא בוצעה בדיקה בשלב זה
הסתמכנו על תמונות מהאשפוז
בשלב זה 100 אחוז נכות עד סוף שנה.
הוועדה עיינה במסמך בתחום הפסיכיאטר, בתום זמניות לשבץ אותו לוועדה בתחום הנפשי.

אבחנות**אבחנות**

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
(שבר סגור בעצמות המסרק) (כף הרגל) 825.25		19/06/2022	קיים קשר סיבתי
924.20 - חבלה בכף הרגל		19/06/2022	קיים קשר סיבתי

עמוד 3 מתוך 7

תאריך: 05/09/2022

מס' ועדה:
NV-24268-5200

נמר אלקרינאוי, מס' זהות: 201455227

החלטה

התייחסות לתקופת פער בדמי הפגיעה

מתאריך	עד תאריך	מידת הנכות	אחוז נכות משוקלל	הערות
20/06/2022	22/06/2022	זמני	100%	עבור תקופה שעבורה לא הוגשה תעודה רפואית

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 19/09/2022 עד: 31/12/2022	חבלה בכף הרגל שבר סגור בעצמות/ות המסרק (כף הרגל)	100%	100% זמני	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
19/09/2022	31/12/2022	זמני	100%	100%

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר אביחי גיאת

אני מצהיר בזאת כי

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

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ד"ר אביחי גיאת מ"ר 1-116347

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 36592

הצהרה של מזכיר הוועדה: עדואן אבו עגאג

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

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: עדואן אבו עגאג

נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
סיכום תיק- לקראת ועדה רפואית (בל224)	07/08/2022
כרטיס רפואי (רופא מטפל)	02/08/2022
ב. רופא בקהילה - כללי GP-General physician	26/06/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	19/06/2022
תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury	23/06/2022
טופס למתן טיפול רפואי לנפגע בעבודה (בל250)	19/06/2022
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	28/06/2022
תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל200)	04/08/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	29/06/2022
אש. אורטופדיה Orthopedic-hospitalization	07/07/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	11/07/2022
אש. אורטופדיה Orthopedic-hospitalization	04/08/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	17/07/2022
הפניה למרפאה	19/07/2022
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	20/07/2022
זימון לתור לרופא/מרפאה	20/07/2022
ביקור גלובלי במיון ER-global charge	23/07/2022
תעודה נוספת לנפגע בעבודה (ב"ל2203) Followup documentation for work injury	14/07/2022
הפניה לדימות	28/07/2022
זימון לתור לרופא/מרפאה	28/07/2022
ב. רופא בקהילה - פסיכיאטר Psychiatry	08/08/2022

נספח מונחים

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

- מהו סעיף ליקוי?
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- מהו שקלול לפטור ממס?
פטור ממס הכנסה ניתן למי שנקבעו לו לפחות 90% נכות לצמיתות או לתקופה זמנית של מינימום 185 יום ובלבד שבנכות זו כלול סעיף ליקוי עיקרי בשיעור 40% ומעלה.
מקבלי גמלה ממשרד הביטחון או מקבלי קצבה כנפגעי פעולות איבה שנקבעה להם נכות רפואית של 90% לפחות, אינם נדרשים לסעיף ליקוי עיקרי.
מי שנקבעו לו 75% נכות ומעלה, יתכן ויהיה זכאי להקלות מס אחרות כגון: בקופות גמל.
על מנת למצות זכות זו יש לפנות למס הכנסה.



תיק: 201455227-60-06
מנה: 0907

דף 1 מתוך 1

לכבוד
נמר אלקרינאוי

רהט 48

רהט 8535700

600-912-000



תיק: 201455227-60-06

ט"ז באלול, תשפ"ב
12 בספטמבר 2022

אדון נכבד,

הנדון: גמלה דמי פגיעה - פגיעה בעבודה מיום: 19/06/2022

חישבנו מחדש את דמי הפגיעה על פי שכר רבע שנתי (בסיס) מתוקן בסך: **35,678.00 ש"ח**.

ש"ח **1,326.00**
ש"ח **7.00**
ש"ח **-93.00**
ש"ח **-66.00**

ש"ח **1,174.00**

סכום הגמלה
הפרשי הצמדה
ניכוי דמי ביטוח
ניכוי ביטוח בריאות

יתרה לתשלום

התשלום יועבר ב- 16/09/2022 לחשבונך מס 3140703
בבנק לאומי לישראל בעמ - שדרות הרצל 631/1, אופקים.

אם לאחר הפגיעה שולמו לך הפרשי שכר ו/או תשלומים נוספים המתייחסים להכנסתך בתקופה רבע השנה, יש לשלוח אישורים המעידים על תשלום ההפרשים לסניף המטפל כדי לערוך חישוב מחדש, בתוך **12 חודשים** ממועד תשלום ההפרשים.

אנחנו כאן לשירותך.

בכבוד רב,
פקיד תביעות
נפגעי עבודה



תיק: 201455227-60-06
מנה: 0720

דף 1 מתוך 1

תיק: 201455227-60-06
כ"ח בתמוז, תשפ"ב
27 ביולי 2022

שם האב: צאבר ת.ז. 201455227

600-912-000

לכבוד
נמר אלקרינאוי
רהט 48
רהט 8535700



אדון נכבד,

הנדון: גמלה דמי פגיעה - פגיעה בעבודה מיום: 19/06/2022

אישרנו המשך תשלום דמי פגיעה עבור 49 ימים לתקופה/ות האלה:

מ - 01/08/2022 עד 18/09/2022

ש"ח 13,829.00

ש"ח -286.00

ש"ח -495.00

ש"ח 13,048.00

סכום הגמלה

ניכוי דמי ביטוח

ניכוי ביטוח בריאות

יתרה לתשלום

התשלום יועבר ב- 01/08/2022 לחשבונך מס 3140703
בבנק לאומי לישראל בעמ - שדרות הרצל 631/1, אופקים.

אם לאחר הפגיעה שולמו לך הפרשי שכר ו/או תשלומים נוספים המתייחסים להכנסתך בתקופה רבע
השנה, יש לשלוח אישורים המעידים על תשלום ההפרשים לסניף המטפל כדי לערוך חישוב מחדש,
בתוך 12 חודשים ממועד תשלום ההפרשים.

אנחנו כאן לשירותך.

בכבוד רב,
פקיד תביעות
נפגעי עבודה



תיק: 201455227-60-06
מנה: 0617

דף 1 מתוך 1

שם האב: צאבר ת.ז. 201455227

לכבוד
נמר אלקרינאוי
ש 17 מספר 48
רהט 8535700

600-912-000



תיק: 201455227-60-06
ל' בסיון, תשפ"ב
29 ביוני 2022

אדון נכבד,

הנדון: גמלה דמי פגיעה - פגיעה בעבודה מיום: 19/06/2022

אישרנו את תביעתך לתשלום דמי פגיעה בעבור 39 ימים לתקופה/ות האלה:

מ - 23/06/2022 עד 31/07/2022

הגמלה חושבה לפי 75% מהכנסתך ברבע השנה שקדמה לפגיעה בסך 33869 ש"ח עד למכסימום.

ש"ח 11,007.00

ש"ח -228.00

ש"ח -394.00

ש"ח 10,385.00

סכום הגמלה

ניכוי דמי ביטוח

ניכוי ביטוח בריאות

יתרה לתשלום

התשלום יועבר ב- 04/07/2022 לחשבונך מס 3140703
בבנק לאומי לישראל בעמ - שדרות הרצל 631/1, אופקים.

אם לאחר הפגיעה שולמו לך הפרשי שכר ו/או תשלומים נוספים המתייחסים להכנסתך בתקופה רבע השנה, יש לשלוח אישורים המעידים על תשלום ההפרשים לסניף המטפל כדי לערוך חישוב מחדש, בתוך 12 חודשים ממועד תשלום ההפרשים.

אנחנו כאן לשירותך.

בכבוד רב,
פקיד תביעות
נפגעי עבודה



תיק: 201455227-60-06

דף 1 מתוך 3

לכבוד
נמר אלקרינאוי
ש 17 מספר 48
רהט 8535700
שם האב: צאבר ת.ז. 201455227

600-912-000

תיק: 201455227-60-06

ל' בסיון, תשפ"ב
29 ביוני 2022

מספר תיק:	20145522-7
תאריך פגיעה:	19/06/2022

אדון נכבד,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 19/06/2022

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 19/06/2022 כתאונת עבודה.

הפגיומות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

שבר בעצם 4 בכף רגל ימין

על פי המידע שבידינו אתה חבר בקופת חולים שירותי בריאות כללית.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

- באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (29/06/2022), נכות באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותירה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", *2496 או באתר האינטרנט.

בכבוד רב,
בוטראשוילי מיטל
פקיד תביעות
נפגעי עבודה



דף 2 מתוך 3

זכויות נפגע עבודה לקבלת טיפול רפואי

נפגע עבודה זכאי לכל טיפול רפואי שדרוש לו לצורך ריפוי, החלמה ושיקום רפואי בכל הקשור לפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לו כולל: אשפוז (כולל אשפוז סיעודי או טיפול סיעודי בביתך), תרופות, בדיקות רפואיות, צילומים, ניתוחים, מכשירים אורתופדיים וכל אביזר רפואי שדרוש.

שים לב! נפגע עבודה זכאי לטיפול רפואי רק עבור הפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

קבלת טיפול רפואי בקופת החולים

קופת החולים שאתה חבר בה תעניק לך את הטיפול הרפואי, כולל טיפול שאינו כלול בסל הבריאות. הקופה מחויבת לתת לך שירותי רפואה לפי מיטב הידע המקצועי, השירותים והמכשור הקיימים במערכת הרפואה הציבורית בישראל, ובהתאם לצורך הרפואי.

המיון לטיפול הרפואי מוסדר בין הביטוח הלאומי לקופת החולים, ואינך צריך לשלם על הטיפול.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לקבל מקופת החולים עבור פגיעתך שהוכרה, כולל:

- **תרופות** – אתה פטור מתשלום עבור תרופות, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **בדיקות רפואיות** – אתה פטור מתשלום עבור ביקורים אצל רופא, בדיקות, טפסי התחייבות צילומים וטיפולים במכונים, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **ציוד רפואי** – אתה פטור מתשלום עבור ציוד רפואי, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **החזר נסיעות** – אתה זכאי להחזר הוצאות נסיעה לצורך קבלת טיפול רפואי לפי התעריפים המקובלים בתחבורה הציבורית, ולאחר אישור של רופא הקופה. אם רופא הקופה קבע כי מצבך הבריאותי אינו מאפשר שימוש בתחבורה ציבורית, אתה זכאי להחזר עבור נסיעה באמצעי תחבורה אחרים כמו מונית או אמבולנס.
- **פינוי באמבולנס ביום הפגיעה** – אם ביום הפגיעה אמבולנס פינה אותך לצורך קבלת טיפול רפואי ראשוני, אתה זכאי לקבל החזר הוצאות עבור הפינוי מקופת החולים.

כדי לקבל את הטיפול הרפואי, עליך לפנות לקופת החולים שאתה חבר בה, ולהציג את אישור ההכרה בפגיעתך ואת פרוטוקול הוועדה הרפואית, לפי בקשת הקופה.

רופא קופת החולים הוא שקובע את היקף הטיפול הרפואי. באפשרותך לערער על החלטת רופא הקופה – את הערעור עליך להגיש בהתאם לסוג הטיפול:

- טיפול הכלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור לנציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות.
- טיפול שאינו כלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור למחלקת נפגעי עבודה בסניף הביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

קבלת טיפול רפואי באופן פרטי

אתה עשוי להיות זכאי לטיפול רפואי פרטי במקרים הבאים בלבד:



תיק: 201455227-60-06

דף 3 מתוך 3

- **עזרה רפואית ראשונית דחופה** - כאשר אין באפשרותך לקבל את הטיפול במסגרת קופת החולים.
 - **טיפול רפואי בהסכמת הקופה** - טיפול רפואי פרטי שהקופה הסכימה מראש ובכתב לממן אותו, על אף שלא בוצע אצלה.
 - **טיפול שיניים** - תוכל לקבל מקופת החולים החזר הוצאות על טיפול שיניים. רצוי לתאם את טיפולי השיניים עם קופת החולים טרם ביצועם, כדי שתדע מראש אלו טיפולים הקופה תממן ומה סכום החזר. ההחזר משולם בתנאים הבאים:
 1. רופא קופת החולים קבע את טיפול השיניים בהתאם לפגיעה שהוכרה.
 2. החזר ההוצאות יהיה לפי תעריף קופת החולים.
- אנו מאחלים לך בריאות והחלמה מהירה!



גידולי אג"ר בע"מ

חושב ישע ד.ג. הנוב חיקוד 85430 טל. 08-9965323 פקס 08-9985277

E-mail: contact@egopotato.com

תאריך: 13.11.22

לכבוד: רופא תעסוקה

הנדון: אלקרינאוי נמר ת.ז. מספר 201455227

הרינו מאשרים בזה כי מר אלקרינאוי נמר לא חזר לעבודה מיום התאונה 19.06.2022.

בברכה

גידולי אג"ר בע"מ

מספר זהות: 2 0145522 7
 رقم الهوية: 2 0145522 7

שם המשפחה הקודם
 اسم العائلة السابق
 השם הפרטי הקודם
 الاسم الشخصي السابق
 שם דיוור
 اسم المراسلة
 החצב האישי
 الحصة الشخصية

מס' זהות של בן/בת הזוג: 2 0889566 4
 رقم هوية الزوج/الزوجة
 שם המשפחה של בן/בת הזוג
 اسم عائلة الزوج/الزوجة
 השם הפרטי של בן/בת הזוג
 الاسم الشخصي للزوج/الزوجة

קרינאווי
 قريناوي
 אסלאם
 اسلام

מספר זהות: 2 0145522 7
 رقم الهوية: 2 0145522 7

אלקרינאווי
 اלקريناوي
 נמר
 نمور
 אל סלאח
 اسلح
 48
 رقم الترخيص

רהט
 رهط
 20.11.2019 כ"ב בחשוון התש"ף
 تاريخ الميلاد
 تاريخ الميلاد

מספר זהות: 2 0145522 7
 رقم الهوية: 2 0145522 7

ילד/ילדה
 ولد/بنت

אלקרינאווי
 اלקريناوي

מיאר
 ميار

מספר זהות: 2 2523687 6
 رقم الهوية: 2 2523687 6

נקבה
 انثى

תאריך הלידה: 22.01.2017 כ"ד בטבת התשע"ז
 تاريخ الميلاد
 تاريخ الميلاد
 המעמד: אזרחות ישראלית
 الموضع: اذراة اسرائيل

מספר זהות: 2 0145522 7
 رقم الهوية: 2 0145522 7

ילד/ילדה
 ولد/بنت

אלקרינאווי
 اלקريناوي

שאם
 شام

מספר זהות: 2 2435004 1
 رقم الهوية: 2 2435004 1

נקבה
 انثى

תאריך הלידה: 09.02.2016 ל' בשבט התשע"ו
 تاريخ الميلاد
 تاريخ الميلاد
 המעמד: אזרחות ישראלית
 الموضع: اذراة اسرائيل

מספר זהות: 2 0145522 7
 رقم الهوية: 2 0145522 7

ילד/ילדה
 ولد/بنت

אלקרינאווי
 اלקريناوي

מראם
 مرام

מספר זהות: 2 2804267 7
 رقم الهوية: 2 2804267 7

נקבה
 انثى

תאריך הלידה: 12.11.2019 י"ד בחשוון התש"ף
 تاريخ الميلاد
 تاريخ الميلاد
 המעמד: אזרחות ישראלית
 الموضع: اذراة اسرائيل

מספר זהות: 2 0145522 7
 رقم الهوية: 2 0145522 7

ילד/ילדה
 ولد/بنت

אלקרינאווי
 اלקريناوي

שוג
 شوق

מספר זהות: 3 4422738 4
 رقم الهوية: 3 4422738 4

נקבה
 انثى

תאריך הלידה: 21.05.2018 ז' בסיון התשע"ח
 تاريخ الميلاد
 تاريخ الميلاد
 המעמד: אזרחות ישראלית
 الموضع: اذراة اسرائيل

מספר זהות: 2 0145522 7
 رقم الهوية: 2 0145522 7

ילד/ילדה
 ولد/بنت

שם המשפחה
 اسم العائلة

השם הפרטי
 الاسم الشخصي

המין
 الجنس

תאריך הלידה
 تاريخ الميلاد

מספר זהות: 2 0145522 7
 رقم الهوية: 2 0145522 7

ילד/ילדה
 ولد/بنت

שם המשפחה
 اسم العائلة

השם הפרטי
 الاسم الشخصي

המין
 الجنس

תאריך הלידה
 تاريخ الميلاد

מספר זהות: 2 0145522 7
 رقم الهوية: 2 0145522 7

להעברות בארץ

בנק

בנק לאומי 10

סניף

אופקים 789

מספר חשבון

031407/03

