

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

6.6.22

14.6 - נסח סקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נכות מעבודה
רמת גן
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון : פנחס צ'זנה, ת.ז. 32049199
תאונה מיום 10.2.22

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה אודה.

בכח רב ונתונה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 5

32049199

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

פרטי התובע

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
355		נחום		32049199	
מין		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
☒ זכר ☐ נקבה				17121974	
עיסוק		שכיר		יום חודש שנה	
☒ עיסוק ☐ מתנדב ☐ עצמאי					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	
66 נח		5		21	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
				5227363	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה של איש קשר		שם פרטי של איש קשר		מס' זהות של איש קשר	
				355	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב/תא דואר		מס' בית		כניסה	

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה		פרטים על הפגיעה	
10022022		נחום	
שנה חודש יום		האליק	
		נחום	

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד	
המקצוע ערב הפגיעה:						

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת		
☐ שב"ס	☐ משמר אזרחי	טלפון נייד	
☐ משטרה	☐ אחר		
רחוב/תא דואר	מס' בית	ישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____ האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.			

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐ לא ☒ כן, פרט _____ האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')? ☐ לא ☒ כן, פרט _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה. אני מבטח בקופ"ח _____ ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תיבע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמרמזים עליהם אתה סובל

7-3

כאבים ורגישות יתרונה יד שמאל

קושי נאמץ וקריאה

קושי כתיבה וקריאה יד שמאל

כאבים צוואר, שרירי וקולות חלוצי נשימה

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?

☐ לא ☐ כן, פרט:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה ☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט:

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה או נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך

אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצוי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-7412358

כתובת
ד. ד. ה.

שם גורם מסייע
ד"ר איתן פרידמאן

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון החשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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

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

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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

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

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.☐ אני מסכים לוועדה בוודאו צ'אטתאריך _____ 5.6.22 חתימת התובע ☒

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה 19022022 שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 002049199	קוד גמלה 11
שם פרטי נחמ	שם משפחה 53	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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

תאריך 5.6.22 חתימת המבוטח *

תאריך: 10/02/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה

ר' רוזנברגר יעקב

טראומטולוגיה



027187

טלפון: 03-7614444

פקס: 03-7614202

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

טלפון: 0549474546

מין: ז

ת.לידה: 17/12/1974



0032049199

מיקוד 5227363

כתובת:

ראש פנה 21/5, רמת גן

מכתב שחרור

10/02/2022

תאריך:

שעת קבלה: 19:05

שעת שחרור: 19:56

סיבת הפניה:

היום נפילה וחבלת שכי שמאל
נפיחות הולכת וגוברת
רגישות רבה והגבלת תנועות
נפיחות דוזלית באזור SB
צילומים-אכן שבר ללא תזוזה של מותן הסקפואיד ונרדיוס סטילואיד
הושם בספיקה
הוסבר שעליו להיות מקובע כ6 עד 8 שבועות

אבחנות פעילות:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (04/2016)

רגישויות לתרופות:

G6PD - חסר

טיפול אחות

מידות:

תאריך	שעה	מדידה	תוצאה
10/02/2022	19:14	דופק	95
10/02/2022	19:14	חום	36.9

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
10/02/2022	19:14	אומדן כאב	עוצמה: 8	
10/02/2022	19:14	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
10/02/2022	19:15	מיון ראשוני - TRIAGE		

הפניות:

מכון רנטגן: פרק כף יד שמאל 4 צילומים (לסקפואיד)
אחות: קיבוע איבר/ מתלה

אבחנה:

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Left



027187

טלפון: 03-7614444

פקס: 03-7614202

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

שם משפחה: צ'זנה

שם פרטי: פנחס

ת.ז.: 32049199



ת.לידה: 17/12/1974

מין: ז

טלפון: 0549474546

0549474546

טל.עבודה/נייד: 0549474546

כתובת: ראש פנה 21/5, רמת גן

0032049199

מיקוד 5227363

מכתב שחרור

טיפולים:

POP-Forearm/hand X 1

תוכנית טיפולית: מנוחה

יד מורמת

נגד כאבים

ביקורת במהלך שבוע הבא אצל אורטופד

למעקב ושקילת מעבר לגבס פלסטי

לתאם תור 03-7614010

ד"ר רוזנברגר יעקב

חתימה וחותמת הרופא

ד"ר רוזנברגר יעקב
מ.ר 27187
עיר 1700505353לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילהבמידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

שים לב! הטיפול לא הסתיים, נא לגשת לאחות להמשך הטיפול.

תאריך: 10/02/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה

ד"ר רוזנברגר יעקב

טראומטולוגיה



027187

טלפון: 03-7614444

פקס: 03-7614202

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

מין: ז

17/12/1974

ת.לידה:



מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:

0032049199

אישור מחלה

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

סה"כ: 3 ימים.

13/02/2022

עד יום:

11/02/2022

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום:

ד"ר רוזנברגר יעקב

מ.ר. 27187

אורטופי

10/02/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

דר אהוד קאופמן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0027281237



080471

קוד הפניה: 259242119

טלפון: 3555*

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

טלפון: 0549474546

מין: ז

ת.לידה: 17/12/1974

ת.לידה:



0032049199

מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:

מרכז ארצי לדימוות - C.T

קדימות רפואית

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/02/2022 עד תאריך - 15/08/2022

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

דר אהוד קאופמן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0027281237



080471

קוד הפניה: 259242119

טלפון: 3555*

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

מין: ז

17/12/1974

ת.לידה:

מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:



0032049199

מרכז ארצי לדימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

בביקור בתאריך 10/02/2022 בשעה 19:21:30

היום נפילה וחבלת שכי שמאל

נפיחות הולכת וגוברת

רגישות רבה והגבלת תנועות

נפיחות דוזלית באזור SB

צילומים-אכן שבר ללא תזוזה של מותן הסקפואיד ונרדיוס סטילואיד

הושם בספיקה

הוסבר שעליו להיות מקובע 6 עד 8 שבועות

בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

הורדת גבס, המטומה נרחבת, רגישות סטילואיד רדיאלי ורגישות ניכרת סקפואיד

חידוש גבס

צילומים שבר סטילואיד וספק שבר סקפואיד

CT

ממצאים:

בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

אבחנה:

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Left

בעיות ידועות:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (04/2016)

רגישויות לתרופות:

G6PD - חסר - 01/01/1900

מעשנת: לא

קוד מב'ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT שורש כף יד

שאלה לרדיולוג:

שבר סקפואיד?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
18/10/2021	4 חודשים	0.85	Creatinine (B)
18/10/2021	4 חודשים	104	eGFR

שם הרופא: דר אהוד קאופמן

תאריך: 16/02/2022



080471

טלפון: 3555*

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

מין: ז

17/12/1974

ת.לידה:



מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:

0032049199

הפנייה לקבלת התחייבות

C.T

סוג הבדיקה:

גיל החבר: 47.1

ת.ז.: 32049199

הנני מאשר לחבר צ'זנה פנחס

לקבל על חשבון מכבי שירותי בריאות, את הטיפולים שיפורטו להלן:

קוד בדיקה	תאור הטיפול
732000007	CT שורש כף יד

הפנייה זו מיועדת עבור התחייבות לשירותים אמבולטוריים בלבד.

הפנייה זו
היא חלק מהתחייבות
לשירותים אמבולטוריים
בלבד.
מ.ר גורם מפנה
080471

תאריך: 16/02/2022

שעה: 16:59

תתימה וחותמת הרופא

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 15/08/2022

דר אהוד קאופמן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית



0027281237



080471

קוד הפניה: 259242119

טלפון: 3555*

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

טלפון: 0549474546

מין: ז

ת.לידה: 17/12/1974

מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:



0032049199

מרכז ארצי לדימות - C.T

קדימות רפואית

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/02/2022 עד תאריך - 15/08/2022

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך: 20/02/2022
שעה: 16:59:16



אסותא-רמת החיל תל אביב (1701)
טומוגרפיה ממוחשבת (C.T)

20
69710

לכבוד
בית חולים
מכון
הברזל

טלפון: 03-7644444

התחייבות מספר: 220240199

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי צ'זנה פנחס ת.ז. 32049199 ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע, על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 47

תאריך טיפול:

התחייבות:

ת.ז. חבר:



16022022



220240199



032049199

מכבי שירותי בריאות

פרטי מבוסח

שם משפחה: צ'זנה	שם פרטי: פנחס	ת.ז.: 32049199
קבלה - 264361106		
תאריך: 16/02/2022	רבעון: 1-2022	
על סך 30.0 שקלים תמורת ביקור ראשון ברבעון קופת חולים מכבי עי		
דר אהוד קאופמן	טלפון: *3555	
הסכום הנייל נגבה עי הרופא המטפל- כנאמן לגביה עבור קופייה מכבי ומועבר לקופייה		

חתימת המבוסח

חותמת וחתימת הרופא

כנאמן לגביה

ד"ר אהוד קאופמן
מומחה פנימית
מ.ר. 1571-1571

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר/עצמאי
צ'זנה	פנחס	בנצי	32049199	שכיר
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
רמת גן	ראש פנה	21	5227363	1974
חבר (כל)	מס'	מיקוד	שנת לידה	חבר (כל)
כ	21	5227363	1974	כ
שם המעביד וכתובתו	טלפון	מקצוע	מכירות	
ח.ר סטלה בעמ	0549474546	מכירות		
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה	נפל במהלך שטיפת הגן	
10/02/2022	14:00	התעסקות בשעת הפגיעה	נפל במהלך שטיפת הגן	
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
יד שמאל				

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

ב-10.02.22 במהלך העבודה בגן ילדים החליק ונחבל ביד שמאל.
 צילומים שבר סטילואיד וספק שבר סקפואיד
 הופנה לביצוע CT לשלול שבר בסקאפואיד.
 גבס - נמצא במעקב אורתופדי

אבחנה:

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Suspected

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 30 ימים, היינו מיום: 10/02/2022 עד יום: 11/03/2022 (בכלל)

20/02/2022

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח

לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

ד"ר אליהו ורד
 מומחית ברפואת משפחה
 מס' רשיון: 35454
 מס' חתימה: 26854



דר אהוד קאופמן

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 266110218

טלפון: 3555*

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 32049199

שם פרטי: פנחס

שם משפחה: צ'זנה

טל.עבודה/נייד: 0549474546

0549474546

טלפון:

מין: ז

17/12/1974

ת.לידה:

מיקוד 5227363

ראש פנה 21/5, רמת גן

כתובת:



0032049199

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 10/02/2022 בשעה 19:21:30

היום נפילה וחבלת שכי שמאל

נפיחות הולכת וגוברת

רגישות רבה והגבלת תנועות

נפיחות דוזלית באזור SB

צילומים-אכן שבר ללא תזוזה של מותן הסקפואיד ונרדיוס סטילואיד

הושם בספיקה

הוסבר שעליו להיות מקובע 6 עד 8 שבועות

בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

הורדת גבס, המטומה נרחבת, רגישות סטילואיד ריזאלי ורגישות ניכרת סקפואיד

חידוש גבס

צילומים שבר סטילואיד וספק שבר סקפואיד

CT

בביקור בתאריך 04/04/2022 בשעה 16:02:59

8 שבועות

הורדת גבס מפורר, ללא רגישות, טווח מוגבל

צילומים חיבור חלקי

חידוש SD

ממצאים: בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

בביקור בתאריך 04/04/2022 בשעה 16:02:59

• FRACTURE NAVICULAR (SCAPHOID) CLOSED Left

אבחנה:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (04/2016)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: G6PD - חסר - 01/01/1900

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: אחרי שבר; שיקום תנועות וחזקת שרירים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 04/04/2022 עד תאריך 01/10/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

04/04/2022

חתימה וחומת

תאריך

מכבי
דר. אהוד קאופמן
מומחה בכירורגיה אורתופדית
מ.ר. 4227 80471

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



035454

ד"ר אליהו ורד

משפחה פנימי ת וכללית

התמחויות:

מומחיות ברפואת המשפחה

קוד הפניה: 266377393

טלפון: 03-6200440

פקס: 03-635-630-6446

כתובת: ההסתדרות 110, חולון

שם פרטי: פנחס	שם משפחה: צ'ונה	דרכון הנבדק
ת.ז.: 62049199	ת.לדה: 17/12/1974	 0032049199
טל עבודה/נייד: 0540474546	מיקום: ראש פנה 215 רמת גן	
מיקוד: 6227363		

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 42 דירטאלי מרשמים

תלונות: הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי

• ELECTRONIC PRESCRIPTION

אבחנה:

• FAMILY HISTORY OF DIABETES MELLITUS (04/2016)

בעיות ידועות:

רגישות לתרופות: - G6PD - הסר: 01/01/2020

מעשית: לא

סיבת ההפניה: שבר באמה - לאחר גבס

תוקף ההפניה ל-180 יום מתאריך: 06/04/2022 עד תאריך: 03/10/2022

"בא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

16/04/2022

חתימה וחותמת

תאריך

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

מס' רשיון: 80471

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

טלפון: *3555

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
צ'זנה	פנחס	בנצי	32049199	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
רמת גן	ראש פנה			1974
שם המעביד וכתובתו	טלפון			
	0549474546			

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 16/02/2022 בשעה 16:57:50

בביקור בתאריך 04/04/2022 בשעה 16:02:59

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED Left

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 10/02/2022

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

40 ימים, היינו מיום:

12/03/2022

עד יום: 20/04/2022 (בכלל).

04/04/2022

ותאריך הבדיקה

מאת: ד"ר יאיר אורטוביץ
מס' רשיון: 80471
מס' מ.ר.מ: 4227
מס' חותמת הרופא

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____
 ת.ז. מס', _____
 ממונה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____
 _____ נגד _____
 בענין תאונת דרכים מיום 17/2/22
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הבהאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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 6 שנה 22

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254
עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם האב</u>	<u>תעודת זהות</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>שם משפחה</u>
_____	32049199	נחום	ליס
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u>	<u>מס'</u>
_____	_____	רחוב	21/5

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 שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

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

חלק ב'

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

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 1.6.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

X _____

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 14/06/2022 17:55
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	14/06 17:48
FAX NO./NAME	6720103
DURATION	00:07:31
PAGE(S)	22
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

6.6.22

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מחלקת נכות מעבודה
 רמת גן
 באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון: פנחס צ'זנה, ת.ז. 32049199
 תאונה מיום 10.2.22

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה אודה.

בכח רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

תלוש משכורת לחודש 7/2021

כתובת: השקמה 1/12, בת ים

שם החברה
ח.ר. סטלה מרכזי העשרה בע"מ
אילת 8, גבעתיים

תיק ניכויים 939426839 ב.ל. 939426839 מ.ה. 512678376 מספר תאגיד -	תחילת עבודה 11/07/16	חשבונית ש 5 0 21	דרגה	דרוג	תת מחלקה	תעודת זהות 032049199	שם עובד פנחס	מחלקה 0	מס' עובד 7
פיצויים חודשי 476.00 : פיצויים פטור 476.00 : פיצויים ותיקה 0.00 : שכר לפיצויים 7,933.00 : קופ"ג מעביד-חודשי 516.00 : שכר לקופ"ג 7,933.00 : קה"ל מעביד-חודשי 0.00 : שכר לקה"ל 0.00 :	חשבון משולם לעובד	סניף	בנק	שעות עבודה 181	ימי עבודה 21	תעריף שעה 833.33	תעריף יום 7000	תעריף	שכר יסוד נסיעות
אחוז משרה	נ. זיכוי 2.25	מ.ב. עובד	מ.ב. עובד	אחוז	תעריף	כמות	תאור התשלום	שכר יסוד	נסיעות
זיכוי אישי 491	% מס קבוע	מס שולי 14.00	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף
זיכוי משמרות	זיכוי גמל	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף	זיכוי נוסף
הנחת ישוב פיתוח	פטור ס' 47	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי	פטור חודשי
מ.ה. לתאום	שכר לתאום	מ.ה. לתאום	מ.ה. לתאום	מ.ה. לתאום	מ.ה. לתאום	מ.ה. לתאום	מ.ה. לתאום	מ.ה. לתאום	מ.ה. לתאום
חייב מ.ה. 8,146.00	חייב ב.ל. 8,146.00	סה"כ תשלומים 8,146.00	סה"כ ניכויים 1,146.00	שכר נטו 7,000.00	נטו לתשלום 7,000.00	סה"כ 7,000.00	סה"כ 7,000.00	סה"כ 7,000.00	סה"כ 7,000.00

אינפורמטיבי - שכר מינימום לחודש 5300	ימי תקן 21.67	שעות תקן 182.00	סה"כ תשלומים 8,146.00	סה"כ ניכויים 1,146.00	שכר נטו 7,000.00	נטו לתשלום 7,000.00
אינפורמטיבי - שכר מינימום לשעה 29.12	ימי תקן 21.67	שעות תקן 182.00	סה"כ תשלומים 8,146.00	סה"כ ניכויים 1,146.00	שכר נטו 7,000.00	נטו לתשלום 7,000.00
ניכויי חובה	הסכום	יטרה	כמות	סכום	יטרה	כמות
מס הכנסה	231.00					
ביטוח לאומי	152.00					
דמי בריאות	287.00					
מגדל פנסיה	476.00					
סה"כ	1,146.00					

ניהול העדרויות	יטרה קודמת	ניצול	יטרה	תשלומים	ניכוי ס' 47	דמי חבו/טיפול
סוג העדרות	יטרה קודמת	ניצול	יטרה	תשלומים	ניכוי ס' 47	דמי חבו/טיפול
חופש	7	0	7.97	שכר שווה כסף חייב מ.ה. מס הכנסה ביטוח לאומי	זיכוי אישי זיכוי נוסף זיכוי גמל זיכוי משמרות	חייב ב.ל. קופ"ג מעביד קה"ל מעביד פיצויים מעסיק
מחלה	88	0	89.5	גמל 35% ק. השתלמות	פטור פטור ס' 47	
חופש חודשי	0.97					

בתאריך 01/08/2021

בוצע ע"י: מ.י.ג.מ. - שרותי חשבונאות בע"מ

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

7,000.00

הערת:

בוצע ע"י: משה שפילר רז"ח

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

שם החברה
ח.ר. סטלה מרכזי העשרה בע"מ
אילת 8, גבעתיים

הערת:

באמצעות שיקלולים: $\frac{1}{2}$ - תוכנת השכר המובילה במדינה

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מ _____
לשלם למשרד עו"ד אריאל פרייברג מרחוב אבא הלל 7 רמת גן (להלן - "עורך הדין") בעד טיפול ב _____ כדלהלן:

1.1 בגין דמי פגיעה יגבה שכ"ט בסך של 12% בתוספת מע"מ.

1.2 שכר טרחה באחוזים בסך השווה ל-17% מתוך 60 חודשי קצבה בצירוף מע"מ.

1.3 במקרה של מענק (9%-19% נכות) ישולם שכ"ט בסך השווה ל-17% מהמענק, בצירוף מע"מ.

2. **מהות הטיפול ושלביו הצפויים:** הגשת התביעה, ייצוג בוועדות רפואיות, ערר על ועדה רפואית – הכל בהתאם לצורך ולשיקול דעת עוה"ד.

3. הלקוח מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין במועדים שיקבעו הצדדים. מוסכם ומובהר כי אי תשלום שכר הטרחה מהווה הפרה יסודית של הסכם זה ויזכה את עורך הדין להתפטר ולהפסיק את הייצוג והטיפול המשפטי וכן לנקוט כנגד הלקוח בכל אמצעי לפי דין לשם גביית שכר הטרחה.

4. הלקוח מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין אם ידרוש הלקוח, מטעמיו הוא, להפסיק את הטיפול המשפטי כדלהלן:

4.1 הלקוח רשאי לחזור בו מההתקשרות בתוך 7 ימי עבודה המיום.

4.2 הפסיק הלקוח את ההתקשרות לאחר 7 ימי עבודה ובטרם הוגשה תביעה, ישלם לעוה"ד דמי פתיחת תיק בסך 800 ₪.

4.3 הפסיק הלקוח את ההתקשרות לאחר הגשת התביעה – ישלם לעוה"ד את דמי פתיחת תיק וכן את שכר הטרחה המירבי הקבוע בחוק עבור טיפול בתביעה שאינו כולל ייצוג בוועדות רפואיות.

4.4 הפסיק הלקוח את ההתקשרות לאחר הופעה ראשונה בוועדה רפואית או לאחר הגשת ערעור או לאחר תביעה לבית דין – ישלם לעוה"ד את דמי פתיחת התיק וכן את שכר הטרחה המלא הקבוע בהסכם זה עבור השלב בו הסתיים הטיפול כאילו הסתיים הטיפול באותו שלב.

4.5 במקרה של הפסקת התקשרות ישולמו דמי פתיחת התיק במועד הפסקת ההתקשרות, ושכר הטרחה הנוסף ישולם בעת קבלת ההחלטה המזכה בתגמול כספי, גם אם יוצג לאחר מכן ע"י גורם אחר. כמו כן, ישלם הלקוח במועד הפסקת הייצוג את יתרת ההוצאות שלא שולמה.

5. **הוצאות:** שכר הטרחה אינו כולל אגרות, הוצאות (לרבות הוצאות נסיעה וחניה) וחוות דעת מומחים, אשר יישא בהם הלקוח.

הלקוח מצהיר כי ידוע לו שהיקף העבודה אינו נמדד במספר פעולות המבוצעות על ידי עורך הדין, כי אם בתוצאות הטיפול המשפטי, על כן מתחייב הלקוח לשלם את שכר טרחת עורך הדין כאמור לעיל.

6. הלקוח מצהיר כי ידוע לו כי הוא האחראי הבלעדי לשלמות ונכונות המידע ו/או המסמכים המועברים לעורך הדין, והלקוח מוותר בזאת על כל טענה לעניין זה כלפי עורך הדין.

7. הלקוח מצהיר ומתחייב בזאת להעביר מיידית לעורך הדין כל מידע ו/או מסמך שיתקבל על ידו במהלך הטיפול המשפטי, בקשר לטיפול המשפטי, לרבות תכתובות ו/או הודעות כלשהן מהמוסדות כנגדם הוגשו התביעות, הזמנות לועדות ו/או בדיקות, הודעה על ביקור מטעם המוסדות וכיו"ב. ככל שלא יעביר הלקוח הודעה כאמור בסעיף זה לעורך הדין, יהיה הלקוח מושתק מלטעון כנגד עורך הדין לעניין היעדר טיפול והלקוח יהיה מחויב בתשלום שכר טרחת עורך הדין כאמור בהסכם זה.

8. היה וללקוח ישנן חובות כלשהן, למי מהמוסדות כנגדם הוגשו התביעות, במועד תחילת הטיפול המשפטי ו/או לאחריו, וחלק מהזיכויים ו/או הפיצויים הצפויים להתקבל יקוזזו על ידי מי מהמוסדות הנ"ל לכיסוי החוב, יחושב הסכום שקוזז כחלק מסכום הזיכוי ו/או הפיצוי, לצורך חישוב התמורה לו זכאי עורך הדין.

9. הלקוח מצהיר כי בחתימתו על הסכם זה מתחייב הלקוח לשלם את התמורה המלאה לעורך הדין, לפי הסכם זה, גם אם יחליט הלקוח שלא לממש את זכותו לכשתהווה בכל עת ממועד חתימתו על הסכם זה, לרבות אם יבחר להפסיק את הטיפול ו/או להמשיך הטיפול באמצעות אחר ו/או בעצמו.

10. מוסכם כי תוקפו של הסכם זה יהיה יפה עד להשלמת הטיפול המשפטי ועד לסיומה של התקופה הנקובה לפי סעיף 1.1 לעיל, והלקוח מחויב בהמשך תשלום שכר טרחתו של עורך הדין בגין מלוא תקופת תשלום שכר הטרחה.

11. מוסכם כי במידה וייפסקו ללקוח תשלומים שונים לתקופה זמנית, ימשיך הסכם זה לעמוד בתוקפו והטיפול על ידי עורך הדין יימשך עד מימוש מלוא זכויותיו של הלקוח בתוך התקופה האמורה בסעיף 1.1.

12. מובהר כי בתביעות ביטוח תשלום שכר הטרחה לעורך הדין יהיה עבור כל התקופות המאושרות, מעת לעת על ידי חברת הביטוח, עד לגובה תקופת התשלום הנקובה בסעיף 1.1 לעיל.

13. מוסכם כי כל הסכומים המפורטים בהסכם זה, ככל שלא ישולמו במועד, יישאו הצמדה למדד המחירים לצרכן, כאשר מדד הבסיס הינו המדד הידוע ביום חתימת הסכם זה, כמו גם ריבית לפי חוק פסיקת ריבית ממועד חתימת הסכם זה.

14. מוסכם כי הסמכות השיפוטית בכל הנוגע להסכם זה תינתן לבית המשפט המוסמך במחוז תל אביב בלבד, אולם עורך הדין יהיה רשאי לנקוט בהליכים לפי הסכם זה בכל בית משפט, והלקוח מוותר בזאת על טענות לעניין הסמכות המקומית.

15. הלקוח קיבל העתק וכן דף מידע כללי.


חתימת הלקוח

חתימת עוה"ד