

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

17.1.23

לכבוד

עו"ד עידו לוצקי

מגדל חברה לביטוח בע"מ

באמצעות דוא"ל

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

ח.ג.,

הנדון: ת"ד מיום 5/12/21 דבורה אובזניק סימונה
מס' תביעה: 10822098058

הריני מאשר קבלת מכתבך מתאריך 17.1.23 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מצ"ב מסמכי חבות רלוונטיים לשתי התאונות בהן הייתה מעורבת.
2. כעולה מהתיעוד הרפואי והמצויין בטיוטת כתב התביעה למרשתי טענות לנכות במספר תחומים (אורתופדי, אא"ג, נוירולוגי).
3. אוכל להציע בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי בסך של 380,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ.
4. לעיוןך וקבלת עמדתך העניינית אודה.


בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

טלפון:
פקס:
מס' מסמך בתיק: א
נושא המסמך:

יחידה: תחנת ראש העין שרון
מספר תיק פלא: 814001/2021
סיווג תיק: ת.ד., כללי
תאריך: 17/11/2021, י"ג כסלו תשפ"ב, 12:15
כתובת: ראש העין

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 31/10/2021 בשעה: 06:30

2. מקום התאונה:

כביש מס 444 עם כביש מס 471 בכביש בין עירוני

הערות מקום:

כביש 444 כביש 471

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	55785201	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	יונדאי טורקיה
חברת ביטוח	מגדל	מספר פוליסה	25101074621	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	11851912	אובדניק דבורה סימונה	13/01/1965	רמת גן, הרא"ה 171	שיבא - תל השומר	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב	חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית	ישראלית
----------	---------	----------	------------	-------------	-----------	---------

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג						

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 17/11/2021

פרטי המטפל בתיק

מ"א	59271999	שם משפחה	שרעבי	שם פרטי	נופר
-----	----------	----------	-------	---------	------

פרטי השוטף המוסר

מ"א	1157049	שם משפחה	פלדמן	שם פרטי	מיטל
דרגה	רסמ				

יומן

17-11-2021

תחנת ראש העין



אל סגן מנהל מתי"ש
מרכז תשלומי שכר
חטיבת משאבי אנוש ומינהל

תאריך 21/11/21

דיווח על תאונת עבודה שהיא תאונת דרכים

עובד/ת: אורנה גל
נבקש למלא את כל הפרטים הנפגעים ולצרפו לטופס תביעה לתאונת עבודה של הביטוח הלאומי.

פרטי העובד הנפגע

שם משפחה	אורנה גל	שם פרטי	אורנה	מספר זהות	011851912
כתובת מגורים	הרכבי 42	טלפון בית	074-7023335	טלפון עבודה	03-7248333
טלפון נייד	0544429928	פקס		כתובת דואר אלקטרוני	deborah405012.net.il

פרטי מקום העבודה

שם המעלה	שם האגף	כתובת מקום העבודה

פרטי התאונה

תאריך התאונה	31.10.21	שעת התאונה	6:30	מספר כלי הרכב	55785201	כלי הרכב על שם	אורנה גל
הנפגע ביוחס לכלי הרכב				כתובת התאונה (אם הנפגע היה נוסע בכלי הרכב)			
☒ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל				שם המלא של הנהג			
☒ (אם הנפגע היה נוסע ברכב או הולך רגל)				שם חברת הביטוח *			
				מספר הפוליסה			

תיאור האירוע

בזריק חלצה נסתי את הרכב הפנס. כשאני חוצה רכב אנכנס ל' אחר.
--

פרטי הפגיעה

אתר' מספר	367	הגמל' להראש' כאל'ם	כצ'ר
פני' זמין	הה' השומר ה'ל' מנחה	כ' ימ'ם	

חובה לצרף מסמכים אלה עם הגשת טופס דיווח זה:

- ☒ אישור משטרה על התאונה
- ☒ עותק מצולם של דרישון הנתיבה של הנהג הפוגע או של הנהג בו היה הנפגע המועד התאונה. באם הנפגע הינו הולך רגל יש לצרף את הדרישון של הנהג הפוגע (את הדרישון יש לצלם משני צידיו).
- ☒ עותק מצולם של תעודת ביטוח חובה של הנהג ברכב בו שהה הנפגע בעת קרות התאונה.
- ☒ עותק מצולם של דרישון כלי הרכב בו היה נפגע במועד התאונה, במקרה של הולך רגל יש לצרף את הדרישון של כלי הרכב הפוגע.
- ☒ אישורי מחלה

תאריך 28/11/21 חתימת העובד אורנה גל

1. אם העובד נפגע בכלי-רכב שנסע בו (היה הנהג או נוסע) יש לדווח את פרטי חברת הביטוח של כלי-הרכב הזה.
2. אם העובד נפגע כהולך רגל, יש לדווח את פרטי חברת הביטוח של כלי-הרכב הפוגע.



אל: הממונה על הבטיחות

דיווח על תאונת עבודה

פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	נזק
אלמלך	דבורה	011851912	זכר	☒ נזק
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	עיר	מיקוד
(בנימין)	42	בני	ראש העין	804045
טלפון נייד 054-4429528				

פרטי העסקה

שם היחידה/אגף	תפקיד	סוג העסקה	וועד
המחלקה	אלמלך	קבוע ☒ זמני ☐ נשי"מ	30 שנה
כתובת המעביד	רחוב	מספר בית	עיר
			מיקוד

פרטי התאונה

כתובת/מקום התאונה	תאריך	שעה	התאונה אירעה
רחוב אלמלך 42 בני	21.10.13	6:30	בעת ביצוע העבודה ☒ בדרך מן אל העבודה ☒

תיאור התאונה ונסיבות התאונה ע"י הנפגע: כשהייתי בדרך לבית הוראי, ברחוב אלמלך, נכנס רכב מסוג "פולסו" ופגע בי. הרכב נסע במהירות גבוהה, והייתי חסרת הכרה. נפצעתי בראש ובגוף. הרכב נסע על המסלול שלי.

שם העובד	תאריך	חתימה*
אלמלך דבורה	21.11.13	דבורה אלמלך

תיאור התאונה מפי העדים לתאונה:

שם העד	מס' טלפון	חתימה*	שם העד	מס' טלפון	חתימה*

תחקיר התאונה ע"י הממונה הישיר

נתונים בבק' למעלה נכסו על הרכב הפולסו, ובמקום נכנסה רכב מסוג "פולסו" ופגע בי. הרכב נסע במהירות גבוהה, והייתי חסרת הכרה. נפצעתי בראש ובגוף. הרכב נסע על המסלול שלי.

המלצות (בבק' ממין ההחלטה מניחה על סף השבוע).

שם הממונה הישיר	תאריך	חתימה*
ד"ר חיים אלמלך	21.11.13	ד"ר חיים אלמלך

חקירת התאונה ע"י הממונה על הבטיחות

שם הממונה על הבטיחות	תאריך	חתימה*

התייחסות מנהל היחידה/האגף

שם מנהל היחידה/האגף	תאריך	חתימה*

* בשדה חתימה יש למלא את שם החותם.

בכל מקום שיש צורך להחליב ולפרט יש לצרף לטופס מסמך/ מסמכים נוספים

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 וכבוד, 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.

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכיים	טלפון קווי
צרית תל אביב יפו	9300000013	03-5218765
רחוב / תא דואר	מס' בית	ישוב
אבן ג'ורג' 69	תל אביב יפו	64162
מסלול	מיקוד	טלפון פקס
		03-5216087

לכבוד קופת חולים / בית חולים מנבי א להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
אולנניק	דבורה	—	11851912

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך 31/10/2021 בשעה 06:30 כאשר עבד ב נהיגה סוג העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה: ראש הצ'ן כביש 471

תיאור התאונה: הצולדת נהגה לעצור כרכבה ראש הצ'ן כביש 471 כפקק ורכב מסל סגור נכנס סה מאחורה

האיבר שנפגע

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אם נכונים לפי מיטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

שם החותם חתימה וחתימת חתימה חתימה

מחנה 02/11/2021 תפקיד החותם מנהל



MITSUBISHI

שקד


HYUNDAI

שקד
ד.שקד

ח.פ: 514758051

מ.ר: 12326

תאריך חשבוני: 04/11/21
 תאריך הדפסה: 04/11/21
 שעת הדפסה: 13:29
 כרטיס: A01210007764
 מד אוי: 24,397
 תאריך ביצוע: 02/11/21
 תום תקופת אחריות: 05/03/22

מס' רישוי: 55785201
 מס' מנוע: G3LCJP110040
 מס' שילדה: NLHB351AGKZ520664
 תאריך רכישה: 06/03/19
 קוד דגם: K2G1 A/T
 דגם: I20 נפח מנוע 1.0 טורבו DCT
 נפח מנוע: 0
 מס' פנימי: 55785201
 מחלקה: 03, מח' פחחות

לכבוד:
 אובזניק דבורה
 מס. לקוח: 101408
 רח' הרכסים 36
 רמת גן 52355
 טלפון: 0544429928
 מס. עוסק מורשה: 011851912

חשבונית מס קבלה OV21501003345 - העתק

אזור	ש	שעתון	תאור	סה"כ לפני הנחה	הנחה (%)	סכום
עבודות	1	00-99	פחחות	551.10	0.20	550.00
	2	00-99	צבע	999.90	-0.01	1000.00
	3	00-99	חשמל	99.00	-1.01	100.00
	4	00-99	פנ"ה חיישנים	201.30	0.65	200.00

אזור	ש	מק"ט	תאור	כמות	מחיר ליחידה	סה"כ לפני הנחה	סכום
חלקים	1	C-86610C8AH0	כיסוי פגוש אחורי	1.00	4,193.00	4,193.00	4,193.00
	2	KLIPS 1	קליפסים ומהדקים	1.00	120.00	120.00	120.00

סה"כ: חלקים	סה"כ: עבודות	1850.00	(%) הנחה:	0.00	סה"כ הנחה:	0.01	1,849.99	4,313.00
-------------	--------------	---------	-----------	------	------------	------	----------	----------

ברקוד מספר חשבונית: *OV21501003345*	מס. לקוח: 101408
מס. חברה לקוח: 011851912	תיק מע"מ לקוח: 011851912
סניף: 01	
מחיר כולל	6,162.99
הנחה כללית (0.00%)	-0.25
מחיר אחרי הנחה	6,163.24
מע"מ (17.00%)	1,047.76
סה"כ מחיר	7,211.00 ש"ח

מבטחת: שמגד חברה לבטוח בע"מ, טל: 039276630, סוכן: כל ביטוח, שמאי: אייל נרקיס, טל: 03-5611110, נזק מיום: 31/10/21

המחאות

שורה	ת. פרעון	מס' המחאה	קוד הבנק	שם הבנק	סניף בנק	מס' חשבון	לקוח	סכום לתשלום	מספר תעודה	סוג תעודה
1	04/02/22	5844993	10	לאומי	851	25287422	אובזניק דבורה	7,211.00 ש"ח	OV21501003345	חק

שולם במזומן	0.00
תקבולים אחרים	7,211.00
סה"כ תקבולים	7,211.00 ש"ח

אחריות על חלפים מקוריים הנה שנתיים בלבד.
 אחריות לחלפים מפירוק/משופצים/תחליפיים הנה לשלושה חודשים בלבד.
 החלפת חלקים שאינם מקוריים עלולים להרעיש, כגון: בלמים, פילטר אויר וכו'.
 F- מיצובישי יונדאי שקד.

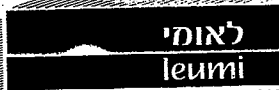
שקד | המרכז לרכבי יונדאי ומיצובישי | WWW.IDSHAKED.COM

וואטסאפ: 053-700-6647
 פקס שירות: 1533-5701001
 פחחות, צבע וכל הטיפולים!

מיצובישי | officeM@idshaked.com
 אולם תצוגה ומרכז שירות:
 ששת הימים 22 - מול קניון אילון רמ"ג

וואטסאפ: 053-987-0047
 פקס: 076-5100-505
 שקד סוקד שירות: *9241

יונדאי | officeH@idshaked.com
 אולם תצוגה: ששת הימים 22 (מול קניון אילון)
 מרכז שירות: הירקון 25 (סמוך לאולם התצוגה)



למוסב בככר

אובזניק דבורה סימונה
011851912
הרא"ה 171 דירה 2 רמת גן
054-4429928

סניף 851 רמת-גן
רח' ביאליק 22 רמת גן 5245121 ס"ר 9545522-03
5844994 10 85131 25287422

PAY TO

ש"ח

040820-X

בשיק זה אין לבצע שינוי לאחר שנכתב,
למעט שינוי תאריך או סכום.

DATE

4.2.22

תאריך

SIGNATURE

חתימה

CEQUE No.

מס' שיק

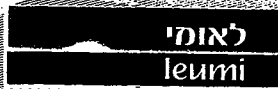
BANK בנק

BRANCH סניף

ACCOUNT No.

מס' חשבון

BANK LEUMI LTD בע"מ לישראל



למוסב בככר

אובזניק דבורה סימונה
011851912
הרא"ה 171 דירה 2 רמת גן
054-4429928

סניף 851 רמת-גן
רח' ביאליק 22 רמת גן 5245121 ס"ר 9545522-03
5844994 10 85131 25287422

PAY TO

ש"ח

040820-X

בשיק זה אין לבצע שינוי לאחר שנכתב,
למעט שינוי תאריך או סכום.

DATE

4.2.22

תאריך

SIGNATURE

חתימה

CEQUE No.

מס' שיק

BANK בנק

BRANCH סניף

ACCOUNT No.

מס' חשבון

BANK LEUMI LTD בע"מ לישראל

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה: תחנת ראש העין שרון
מספר תיק פלא: 6522/2022
סיווג תיק: ת.ד., כללי
תאריך: 03/01/2022, א' שבת תשפ"ב, 16:26
כתובת: ראש העין

טלפון:
פקס:
מס' מסמך בתיק: ב
נושא המסמך:

לכל המעוניין

1. תאריך
התאונה:

05/12/2021

בשעה

16:20

2. מקום התאונה:

ראש העין יהודה הלוי בכביש עירוני

הערות מקום:

יהודה הלוי ראש העין

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב	55785201	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	יומדי טורקיה
חברת ביטוח	מגדל	מספר פוליסה	25101074621	סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	11851912	אובדניק דבורה סימונה	13/01/1965	רמת גן, הרא"ה 171	בילינסון - פתח תקוה	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב	9883829	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	מזדה יפן
חברת ביטוח		מספר פוליסה		סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג		חיימי מאור				

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

1 כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 03/01/2022

פרטי המטפל בתיק

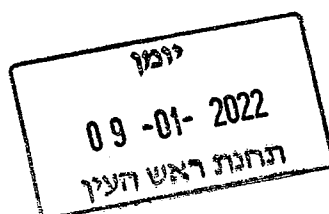
מ"א	59271999	שם משפחה	שרעבי	שם פרטי	נופר
-----	----------	----------	-------	---------	------

פרטי השוטר המוסר

מ"א	59271999	שם משפחה	שרעבי	שם פרטי	נופר
-----	----------	----------	-------	---------	------

דרגה

רסמ



ד.שקד

ח.פ: 514758051

מ.ר: 12326

לכבוד:

אובזניק דבורה

מס. לקוח: 101408

רח' הרכסים 36

רמת גן 52355

טלפון: 0544429928

מס. עוסק מורשה: 011851912

מס' רישוי: 55785201

מס' מנוע: G3LCJP110040

מס' שילדה: NLHB351AGKZ520664

תאריך רכישה: 06/03/19

קוד דגם: K2G1 A/T

דגם: I20 נפח מנוע 1.0 טורבו DCT

נפח מנוע: 0

מס' פנימי: 55785201

מחלקה: 01, מח' מכונאות

תאריך חשבון: 10/12/21

תאריך הדפסה: 10/12/21

שעת הדפסה: 11:28

כרטיס: A01210008825

מד אוץ: 26,196

תאריך ביצוע: 08/12/21

תום תקופת אחריות: 05/03/22

חשבונית מס קבלה OV21501003739 - העתק

אזור	ש	שעתון	תאור	סה"כ לפני הנחה	הנחה (%)	סכום
עבודות	1	00-99	פחחות	900.90	0.10	900.00
	2	00-99	צבע	999.90	-0.01	1000.00
	3	00-99	חשמל	99.00	-1.01	100.00
	4	00-99	פנ"ה חיישנים	201.30	0.65	200.00

אזור	ש	מק"ט	תאור	כמות	מחיר ליחידה	סה"כ לפני הנחה	סכום
חלקים	1	C-86612C8AC0	כיסוי פגוש אחורי תחת	1.00	1,645.00	1,645.00	1,645.00
	2	C-86632C8AA0	מסילה לפגוש אח'	1.00	3,144.00	3,144.00	3,144.00
	3	KLIPS 1	קליפסים ומדקנים	1.00	120.00	120.00	120.00

סה"כ: חלקים	סה"כ: עבודות	2200.00	(%) הנחה:	0.00	סה"כ הנחה:	0.01	2,199.99	4,909.00
-------------	--------------	---------	-----------	------	------------	------	----------	----------

מחיר כולל	7,108.99
הנחה כללית (-0.01%)	-0.41
מחיר אחרי הנחה	7,109.40
מע"מ (17.00%)	1,208.60
סה"כ מחיר	8,318.00 ש"ח

ברקוד מספר חשבונית: *OV21501003739*

מס. לקוח: 101408

מס. חברה לקוח: 011851912

תיק מע"מ לקוח: 011851912

סניף: סניף 01

מבטחת: שמגד חברה לבטוח בע"מ, טל: 039276630, סוכן: כל ביטוח, שמאי: אייל נרקיס, טל: 03-5611110, נזק מיום: 05/12/21

המחאות

שורה	ת. פרעון	מס' המחאה	קוד הבנק	שם הבנק	סניף בנק	מס' חשבון	לקוח	סכום לתשלום	מספר תעודה	סוג תעודה
1	10/03/22	5844996	10	לאומי	851	25287422	אובזניק דבורה	8,318.00 ש"ח	OV21501003739	חק

שולם במזומן	0.00
תקבולים אחרים	8,318.00
סה"כ תקבולים	8,318.00 ש"ח

אחריות על חלקים מקוריים הנה שנתיים בלבד.
אחריות לחלקים מפירוק/משופצים/תחליפיים הנה לשלושה חודשים בלבד.
החלפת חלקים שאינם מקוריים עלולים להרעיש, כגון: בלמים, פילטר אויר וכו'.
F- מיצובישי ויונדאי שקד.

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	תאריך קבלת הטופס בקופה
1	1	1
1	2	2
1	3	3
1	4	4
1	5	5
1	6	6
1	7	7
1	8	8
1	9	9
1	10	10
1	11	11
1	12	12
2	1	13
2	2	14
2	3	15
2	4	16
2	5	17
2	6	18
2	7	19
2	8	20
2	9	21
2	10	22
2	11	23
2	12	24
3	1	25
3	2	26
3	3	27
3	4	28
3	5	29
3	6	30
3	7	31
3	8	32
3	9	33
3	10	34
3	11	35
3	12	36

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מוק 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	
טלפון קווי		מספר תיק ניכיים	
טלפון פקס		מיקוד	
		יישוב	
		מס' בית	
		רחוב / תא דואר	
		מ/א גמילה	

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

פרטי החברה שם משפחה: _____ שם פרטי: _____		מין זכר ☐ נקבה ☒	מספר זהות / דרכון ס"ס: 1111815119112
---	--	---	---

פרטי התאונה		3
נפגע בתאריך		
שנה חודש יום		
בשעה		
כאשר עבד ב		
סוג העבודה		
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר		
כתובת מקום התאונה		
תיאור התאונה		
פירוט נזקים		
האירוע שנופל		

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

_____ אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

תאריך 14/12/20 תפקיד החותם מנהל שם החותם יוסף חתימה וחוקמת * _____
(חתימה)

איש איש
מכתבים
101 =

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נערך חוסר תועלת
מבואות השואות
מבואות השואות
מבואות השואות