

ע.מ: 066630930

מקור

אריאל פרייברג, עו"ד

רחוב ויצמן 21, תל-אביב 64239

טלפון: 054-6544930

חשבונית מס/קבלה 768

נתקבל מאת: אריאל פרייברג עו"ד

כתובת: תל אביב

הענין: חשבונית מס

חייב במע"מ	אינו חייב במע"מ	
1,200		שכ"ט
	715	הוצאות
		פקדון
		שונות
		סה"כ
204	מע"מ 12%	
715	תקבול שאינו חייב במס	
2,119	סה"כ לתשלום כולל מע"מ	

הסכום במילים: אלפיים מאה ותשעה גלגל

שולם במזומן / העברה בנקאית: בנק _____ סניף _____ ח"ן _____ סכום _____

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

בשיק מס' _____ בנק _____ סניף _____ ז"פ _____ סכום _____

ניכוי במקור _____

הערות _____

חתימה

4.6.20

תאריך

הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:

- א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
- ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
- ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.

4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב. ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)

6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן:

א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בורות" לכל דבר ועניין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

X

הלקוח

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

X
הלכות

[illegible][illegible]

9' אב"ח אל"ל אצטד! א"י תעמ"א תעמ"א תעמ"א תעמ"א תעמ"א תעמ"א תעמ"א תעמ"א

[illegible]

500 ש"ח ל"מ מוקלט בל"מ, 'מטרידה מרובת' ושלל דברים מרובים בל"מ. בל"מ.

[illegible]

Ե. %ԻԻ - ԵԱԺԼԸ ՌՀ ԾԱԼԸ ՀԱՍԸ ԼՂԱՄ ԸՆԴ ԼԵՒԱՆ ՀԵՒՆ ԼԱՌԱԾՈ ՀՀԾԻ ԼՈՒ ԵԵՒՆ

ՄԱՐԻԱ ԱՐԿԵՐԱՆԻ ԵՎ ՄԱՐԻԱ ԱՐԿԵՐԱՆԻ ՀԱՅԵՐ ԱՎԵԼԱՆԻ ԵՎ ՄԱՐԻԱ ԱՐԿԵՐԱՆԻ

[illegible]

ՀԵՐԷ ԱՌԿՈՒ ԴՆ ԱՏԼԻՈՒ ՇԼԺԱՆ:

[illegible]

שאל : _____ (תשובה: "המלחמה")

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED DATE 05-11-2010 BY 60322 UCBAW

ሀገራዊ የፍትሕ ቤት - ልማት ሚኒስቴር

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
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 וויתור 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: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום _____ לחודש _____ שנה _____

חתימה: X _____

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
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: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: X _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930
17/12/2020
78/0
אלדן אהרון
78
אלדן אהרון
17/12/2020

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

לכבוד
אלדן אהרון

חשבונית-מס/קבלה 877 Tax Invoice/Receipt

חייב במע"מ Taxable		פטור מע"מ Exempted	
Fees	18,800.00	0.00	שכר טרחה
Expenses	0.00	0.00	הוצאות
Miscellaneous	0.00	0.00	שונות
Sub Total	18,800.00	0.00	סיכום
V.A.Tax 17%	3,196.00	מס ערך מוסף 17%	
V.A.T exempted	0.00	סכום פטור ממע"מ	
Total + V.A.T.	₪ 21,996.00	סה"כ (כולל מע"מ)	

הסכום במילים:

עשרים ואחד אלף תשע מאות תשעים ושישה שקלים חדשים בלבד.

Payment details:

פרטי התשלום:

Amount	Account	Branch	Bank	No.	Type	Date
₪21,996.00	133470	סניף	בנק	מס'	סוג	תאריך
						17/12/2020

העברה
הופקד לחשבון בנק: 135082 - חשבון עסקי

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

העברה בין חשבונותיי

סיום ③

< ② אישור ההוראה

< ④ הזנת נתוני ההוראה

סניף: 317 מספר חשבון: 133470 תאריך: 17/12/2020 שעה: 15:37

הוראת ההעברה נקלטה

פרטי הפעולה

העברה בסכום של 21,996.00 ש"ח תבוצע ביום 17/12/2020

לזכות: פרייברג אריאל

בנק: 14 הבינלאומי אוצר החייל סניף: 317 חשבון: 135082

הערת לקוח: שכט תד הזוג אלדן

לתשומת לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה או לשנותה.

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

לידיעתך, האחריות למסירת נתונים תקינים, מלאים ומדויקים לצורך ביצוע ההעברה חלה עליך ונתונים אלה אינם נבדקים, לא ע"י הבנק ולא ע"י הבנק מקבל התשלום.

הבנק לא יהיה אחראי לכל נזק ו/או הפסד העלולים להיגרם עקב מסירת נתונים שגויים ו/או לא מדויקים ו/או עקב עצם ביצוע ההעברה בהתאם להוראותיך והכל מבלי לגרוע מאחריות הבנק על פי הוראות הדין

הלקוח אישר את פרטי ההוראה וכן שניתנה לו אפשרות לעיין בתנאים להעברות בשקלים וכי הסכים לתוכנם

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

פירוט/ביטול הוראות

ט.ל.ח. נשמח לשרתך בכל עת.

העברה לחשבון אקראי

1 הזנת נתוני הוראה <
 2 אישור ההוראה <
 3 סיום

סניף: 317 מספר חשבון: 133470 תאריך: 17/12/2020 שעה: 15:25

הוראת ההעברה נקלטה

פרטי הפעולה

העברה בסכום של 81,369.50 ש"ח לביצוע ביום 17/12/2020

לזכות: רות אלדן

בנק: 12 הפועלים סניף: 680 חשבון: 67280

הערת לקוח: פיצויים תיק תד - מגדל

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

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

הלקוח אישר את פרטי ההוראה וכן שניתנה לו אפשרות לעיין בתנאים להעברות בשקלים וכי הסכים לתוכם

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

פירוט/ביטול הוראות

ט.ל.ח. נשמח לשרתך בכל עת.

העברה לחשבון אקראי

① הזנת נתוני הוראה < ② אישור ההוראה < ③ סיום

סניף: 317 מספר חשבון: 133470 תאריך: 17/12/2020 שעה: 15:26

הוראת ההעברה נקלטה

פרטי הפעולה

העברה בסכום של 56,634.50 ש"ח לביצוע ביום 17/12/2020

לזכות: אהרון אלדן

בנק: 12 הפועלים סניף: 680 חשבון: 67280

הערת לקוח: פיצויים תיק תד - מגדל

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

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

הלקוח אישר את פרטי ההוראה וכן שניתנה לו אפשרות לעיין בתנאים להעברות בשקלים וכי הסכים לתוכנם

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

פירוט/ביטול הוראות

ט.ל.ח. נשמח לשרתך בכל עת.

אישור ניהול חשבון - אישור בעלות

בנק: 12	סניף: 680	חשבון: 67280	אלדן אהרון ואו רות ואו אפשטיין מיכל רה
---------	-----------	--------------	--

לכבוד:

מספר מזהה	שם
003043627	אלדן רות
005891387	אלדן אהרון
058089590	אפשטיין מיכל שרה

בהתאם לבקשתך/בקשתכם הרינו מאשרים בזה כי הנך/הנכם מנהל/מנהלים אצלנו חשבון עובר ושב מספר 67280 בסניף 680 מתאריך 04/05/1981.

בכבוד רב,

בנק הפועלים

הופק באתר בנק הפועלים

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

1.12.20

מ.ל.ב.
בדוא"ל

לכבוד
עו"ד אדוה חמיאס
מחלקת תביעות גוף
מגדל חברה לביטוח בע"מ

ח.נ., שלום רב,

הנדון: ת.א. 62995-05-20 אלדן נ' מגדל
מס' תביעה: 10819039289

1. מצ"ב כתבי קבלה ע"ס 95,000 ₪ וע"ס 65,000 ₪ חתומים על ידי מרשיי.
2. אודה לביצוע העברה בנקאית לפקודת הח"מ. מצ"ב צילום המחאה של הח"מ.
3. אבקשכם כי ההעברות יבוצעו בשתי פעימות נפרדות.
4. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובב"ח
אריאל פרייברג, עו"ד



מגדל חברה לביטוח בע"מ

תביעה: 10819039289
מבוטח: אלדן אהרון
סוכן: נגוע סוכנויות לביטוח בע"מ
פוליסה: 25733874219
פוליסה לביטוח חובה

כתב קבלה ויתור

ושחרור סופי

אני(נ) הח"מ אלדן אהרון נושא ת.ז. מס' 3042927 שכתובתי היא מדינת תל אביב 9 חזאלה, 4876602 (להלן: "התובע"),

מאשר ומצהיר כדלקמן:

1. הוואיל ובתאריך 14/04/2019 או בסמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.
2. הוואיל ובאדי לדי הסכם סופי וגמור עם המבוטחים המפורטים במוליסה (להלן: "המבוטחים") ועם המבוטחים המפורטים במוליסה (להלן: "המבוטחים"), לקבלת פיצויים כמפורט להלן, זאת לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעות ודרשותי מכל מין ואגו שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, וזאת מבלי להחזות בתבטחם ומבלי שכתב קבלה זה יתפרש כויתור על סענה כלשהי לענין החלפת והכיסוי הביטוחי.
3. לכן הנני מאשר, מצהיר ומתחייב כדלקמן:
 1. הסכמתי לקבל מאת המבוטחים באמצעות עו"ד אראל פרידברג, סך של 95,000 ש"ח וזאת על כתב זה מהווה אישור להסכמתי לקבלת הסך הנ"ל (להלן: "הסכום").
 2. ידוע לי כי הסכום כולל פיצוי מלא עבור כל הנזקים שנגרמו ויצרמו לי כתוצאה מהתאונה, לרבות כל ההוצאות הרפואיות ולא הכרא-רפואיות ולא עלויות חטיפולים שאינם כוללים בסל הבריאות כמו כן ידוע לי כי הסכום כולל פיצוי מלא עבור כל תביעות מיטיבים, לרבות כספים ולא כסמים ולא תגמולים ולא תביעות מאת המוסד לביטוח לאומי בגין התאונה, ולרבות כספים ולא כסמים ולא תגמולים ולא תביעות מטעם המעביד ולא קרנות פנסיה ולא נכות כלשהי.
 3. תמורת הסכום וקבלתו אחר בזה לחלוטין ואמחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין שהוא, שנגרמו וגם או יגרמו, הנובעות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהיו כיום וכפי שיחיה בעתיד, ועל פי כל חוקים שיתקנו וגם/או יבוא במקום דין חקים היום או שיחוקק בעתיד.
 4. לאתר קבלת הסכום, הנני מתחייב לפצות ולשפות את המבוטחים והמבוטחים או מי מהם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד, על כל סכום שהוא לרבות הוצאות משפט, ריבית ואג"ס ע"ד, שידרשו לשלם על פי כל דין, לכל אדם או גוף, הנובעים או הנובעים במישרין או בעקיפין מהתאונה, למעט תביעות בגין מתן טיפול רפואי בהתאם לסל הבריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994, וחכול כפוף לכך שלא יחיה עלי להחזיר סכום כלשהו מעבר לסכום שישולם לי בהתאם לכתב קבלה זה.
 5. הריני מצהיר בזאת כי התאונה איננה תאונת עבודה, לא פניתי ואני מתחייב לא לפנות למוסד לביטוח לאומי להכיר בה כתאונת עבודה.
 6. הנני מצהיר בזאת כי לא פניתי בתביעה ולא לא קיבלתי ולא איני מקבל ואני מצהיר ומתחייב כי לא אפנה בתביעה ולא אקבל כספים ולא תגמולים ולא מענקים ולא קצבאות ולא כל תשלום אחר כלשהו, לרבות קצבת נכות כללית, קצבת ניידות, קצבת שר"ם, קצבת סיעוד, ואם שירותי סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי בגין ולא כתוצאה מהתאונה.
 7. הנני מצהיר מאשר ומתחייב כי היה ואפנה לקבלת תגמולים ולא תשלומים כלשהם מהמוסד לביטוח לאומי הנובעים לאו קשורים בהתאונה, ותוגש כנגד המבוטחים ולא כנגד מי מטעמם, דרישה ולא תביעה לתשלום, הנני מתחייב לפצותם ולשפותם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד, על כל סכום שהוא לרבות הוצאות משפט, ריבית ואג"ס ע"ד, שידרשו לשלם על פי כל דין, כמו כן, מלבד יתר האמצעים החוקיים שותחיו רשאים לנקוט, אני מסכים מראש כי מל"ל יפעיל נגדי את סעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי.
 8. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו המבוטחים והמבוטחים לשלם לי את הסכום.


חתימה

הודפס: 17/11/2020

קוד לתיק: 859

קסל: 3181

סוג מסמך: 105

ADVAH

עמוד 3 מתוך 4



מגדל חברה לביטוח בע"מ

9. ידוע לי, שתשלום הכספים, לרבות שכ"ס ו/או חצאות ידוע בכפוף לחצאות צוים שיפוטיים ו/או עיקולים שנרשמו בחברתנו ככל שגרשמו, ובכפוף להצאות כל דין.
10. כתב קבלה זה משלח מבלי לסגוע בזכויות, אין בו חודאה בזכות כלשהי של המבוטחים ואין בו כדי להפסיק את מרוץ החתיישנות בתביעת המבוטחים, במובן סעיף 9 לחוק החתיישנות תשי"ח-1958.
11. במקרה שכתב זה נחתם ע"י יותר מאדם אחד, יחיו כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כלם יחד וכל אחד מהם לחוד.

תאריך: 25-11-20 חתימה: א.א. ? ת.ד.: 3043627

אני החותם מסה ע"ד אריאל פרייברג מאשר בזה כי הכתב הנ"ל נחתם בנוכחותי על-ידי ה"ה אלדן רות חאת לאחר שקראתי בפניו/ח את כתב הקבלה והסברתי לו/ח את תוכנו.

עו"ד אריאל פרייברג
חתימה וחתימת עו"ד: ~~מס. רשיון: 62254~~

תאריך: 25.11.20

חודס: 17/11/2020

קוד לוח: 850

קטלוג: 3181

מס מכתב: 105

ADVAH

עמוד 4 מתוך 4



מגדל חברה לביטוח בע"מ

תביעה: 10819039289
מבוסס: אלדן אחרון
סוכן: מען סוכמיות לביטוח בע"מ
מוליסה: 25733874219
מוליסה לביטוח חובה

כתב קבלה ויתור

ושחרור סופי

אין (1) חז"ל אלס אפרס נשא ת.ז. מס' 5891387 שכתובתי היא מדינת היהודים 9 תרל"ח. 4676699 (לחל): "חובבי").

מאשר ומצהיר כדלקמן:

מאשר ומצהיר סדקמן: ובתאריך 14/04/2019 או בסמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי חזאיל לסעוטי נדקי גוף ישירים וגמלאו עקפים.

חז"ל
לסעודת נדק. בזה ישרים ונמשל עין פנים.
ובאיד ליד חססם סוף וגמור עם המבטחים המספרים בפוליסה (לחלן: "המבטחים") ועם המבטחים המספרים בפוליסה (לחלן: "המבטחים"), לקבלת פצוים כמספר לחלן, זאת לסיחוק גמור, סוף ומלא של כל תביעות ודרשות מכל מין וסוג שהוא, בעבר בתוהו ובעתיד, הנכבעות במשירן או בעקפין מהתאונה, זאת מבלי לחדות בתבטם ומבלי שכתב בקלה זה יתפרש סתור על טענה כלשהי לענין התבטות והכיסוי הביטוחי.

לכן הגוי מאשר, מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. הסכמתי לקבל מאת המבטחים והמבוטחים באמצעות אג"ר אריאל סרייבג, סך של 95,000 ₪ וזאת יחד עם כתב זה מחוזה אישורי להסכמתי לקבלת חסר הנ"ל (להלן "הסכום").

2. דיוע לי כי הסכם כולל פיצוי מלא עבור כל הנזקים שנגרמו יוגרסו לי כתוצאה מהתאונה, לרבות כל ההוצאות הרפואיות ולא הפרא-רפואיות ולא עלויות הטיפולם שאינם כוללים בסל הביטוח. כמו כן ידוע לי כי הסכם כולל פיצוי מלא עבור כל תביעת מיטבים, לרבות כספים ולא סכומים ולא תגמולים ולא תביעות מאת המוסד לביטוח לאומי בגין הוצאות, ולרבות כספים ולא סכמים ולא תגמולים ולא תביעות מסעם המעביד ולא קרנות פנסיה ולא נכות כלשתן.

3. תמורת הסכום וקבלתו אותו בוח לחלוטין ואמחל באופן סופי ומחולט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מן שהוא, שגורמו וגם או יגרמו, הכרחות או הגבועות במישרין או בעקיפין מחתאצה, על פי כל דין, כפי שחזיו כיים וכפי שידחה בעתיד, ועל פי כל חיקוק שיתקן וגם/או יבוא במקום דין הקים היום או שיחוקק בעתיד.

4. לאחר קבלת הסכם, תגני מתחייב לפצות ולשלוח את המבוטחים או מי מהם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה או תביעה, שתגשש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד, על כל סכום שהוא לרבות חוצאות משפט, ריבית ושכ"ט ע"ד. שיידרשו לשלם על פי כל דין. לכל אדם או גוף, המרכיב או הנובעים במישרין או בעקיפין מהתאונה, למעט תביעות בגין מתן סיפול רפואי בהתאם לסל הבראות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשל"ד-1994, והכל כפוף לכך שלא ייחייב עליו לחדוד סכום כלשהו מעבר לסכום שישלם לו בהתאם לכתב קבלה זה.

5. תריני מצהיר בזאת כי התאונה איננה תאונת עבודה, לא פגיעה ואני מתחייב לא למנות ולמוסד לביטוח לאומי להכיר בה כתאונת עבודה.

6. הו"י מצהיר בזאת כי לא פנית בתביעה ו/או לא קיבלתי ו/או אינני מקבל ואני מצהיר ומתחייב כי לא אפנה בתביעה ולא אקבל כספים ו/או תגמולים ו/או מענקים ו/או קצבאות ו/או כל תשלום אחר כלשהו, לרבות קצבת נכות כללית, קצבת נידות, קצבת שר"ס, קצבת סיעוד ו/או שירותי סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי בגין ו/או כתוצאה מתאונה.

7. חנני מצהיר מאשר ומתחייב כי היה ואפנה לקבלת תגמולים ולא תשלומים כלשהם מחמסד לביטוח לאומי הנזכרים ולא קשרים בתאונה, ותגוש כנגד המבטחים ולא כנגד מי מסעמם, דרישה ולא תביעה לתשלום, הנני מתחייב לפצותם ולאפכותם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחד, על כל סכום שהוא לרבות חזאות משפט, רבית ואג"ט עוד, שיידרש לשלם על פי כל דין. כמו כן, מלבד יתר האמצעים החוקיים שנתנו רשאים לעקוס, אני מסכים מראש כי מלל יפעל נגד את סעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי.

8. ידוע לי כי אך ורק על סמך אשורתי ותצטרותי דלעיל הסכימו המבטחים והמבטוחים לשלם לי את הסכום.

חתימה _____

תורם: 17/1/2020

859 קור לידים

3181 21702

105 מסכת 105

ADVANCE

4. УПАДЗІН



מגדל חברה לביטוח בע"מ

9. ידוע לי, שאתשלום הכספים, לרבות שכ"ס ו/או חוצאות יחיד בכפוף לחוצאות צוים שיפוטיים ו/או עיקולים שגרשמו בחברתנו ככל שגרשמו, ובכפוף לחוצאות כל דין.
10. כתב קבלה זה נשלח מגדל לפעול בזכות, אין בו הודאה בזכות כלשהי של התבטחים ואין בו כדי להפסיק את מרוץ ההתיישנות בזביעת המבוססים, במען סעיף 9 לחוק ההתיישנות תשי"ח-1958.
11. במקרה שכתב זה נחתם ע"י יותר מאדם אחד, יחיד כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומעמידים בכל האמור לעיל, סלם יחד וכל אחד מהם לחוד.

תאריך: 25/11/2020 ת.ז. 5891387 חתימה: ח.א. X

אני החתום מסה ע"ד אריאל פרייברג מאשר בזה כי הכתב הנ"ל נחתם בנוכחותי על ידי ה"ה אלדן אהרון וזאת לאחר שקראתי בפניו את כתב הקבלה והסברתי לו/ה את תוכנו.

חתימה וחוממת עו"ד: אריאל פרייברג
מוסי רשיון: 82254

תאריך: 25.11.20

הודפס: 17/11/2020

קוד לידק 859

קטלוג 3181

מס סכתב 106

ADVAH

עמוד 4 מתוך 4



מגדל חברה לביטוח בע"מ

כתב קבלה ויתור

ושחרור סופי

תביעה: 10819039289
מבוטח: אלדן אהרון
סוכן: כנען סוכנויות לביטוח בע"מ
פוליסה: 25733874219
פוליסה לביטוח חובה

אני(ו) הח"מ אלדן רות נושא ת.ז. מס' 3043627 שכתובתי היא מדינת היהודים 9 הרצליה, 4676609 (להלן: "התובע"),

מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 14/04/2019 או בסמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

הואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המבוטחים המפורטים בפוליסה (להלן: "המבוטחים") ועם המבוטחים המפורטים בפוליסה (להלן: "המבוטחים"), לקבלת פיצויים כמפורט להלן, וזאת לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותיי ודרשותיי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, וזאת מבלי להודות בחבותם ומבלי שכתב קבלה זה יתפרש כויתור על טענה כלשהי לעניין החבות והכיסוי הביטוחי.

לכן הנני מאשר, מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. הסכמתי לקבל מאת המבוטחים והמבוטחים באמצעות עו"ד אריאל פרייברג, סך של 95,000 ₪ וחתומתי על כתב זה מהווה אישור להסכמתי לקבלת הסך הנ"ל (להלן "הסכום").

2. ידוע לי כי הסכום כולל פיצוי מלא עבור כל הנזקים שנגרמו ויגרמו לי כתוצאה מהתאונה, לרבות כל ההוצאות הרפואיות ו/או הפרא-רפואיות ו/או עלויות הטיפול שאינם כוללים בסל הבריאות. כמו כן ידוע לי כי הסכום כולל פיצוי מלא עבור כל תביעות מיטיבים, לרבות כספים ו/או סכומים ו/או תגמולים ו/או תביעות מאת המוסד לביטוח לאומי בגין התאונה, ולרבות כספים ו/או סכומים ו/או תגמולים ו/או תביעות מטעם המעביד ו/או קרנות פנסיה ו/או נכות כלשהן.

3. תמורת הסכום וקבלתו אוותר בזה לחלוטין ואמחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותיי, דרישותיי ותביעותיי מכל מין שהוא, שנגרמו וגם או ייגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד, ועל פי כל חיקוק שיתקן וגם/או יבוא במקום דין הקיים היום או שיחוקק בעתיד.

4. לאחר קבלת הסכום, הנני מתחייב לפצות ולשפות את המבוטחים והמבוטחים או מי מהם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד, על כל סכום שהוא לרבות הוצאות משפט, ריבית ושכ"ט עו"ד, שיידרשו לשלם על פי כל דין, לכל אדם או גוף, הכרוכים או הנובעים במישרין או בעקיפין מהתאונה, למעט תביעות בגין מתן טיפול רפואי בהתאם לסל הבריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994, והכול כפוף לכך שלא יהיה עלי להחזיר סכום כלשהו מעבר לסכום שישולם לי בהתאם לכתב קבלה זה.

5. הריני מצהיר בזאת כי התאונה איננה תאונת עבודה, לא פניתי ואני מתחייב לא לפנות למוסד לביטוח לאומי להכיר בה כתאונת עבודה.

6. הנני מצהיר בזאת כי לא פניתי בתביעה ו/או לא קיבלתי ו/או אינני מקבל ואני מצהיר ומתחייב כי לא אפנה בתביעה ולא אקבל כספים ו/או תגמולים ו/או מענקים ו/או קצבאות ו/או כל תשלום אחר כלשהו, לרבות קצבת נכות כללית, קצבת ניידות, קצבת שר"ם, קצבת סיעוד ו/או שירותי סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי בגין ו/או כתוצאה מהתאונה.

7. הנני מצהיר מאשר ומתחייב כי היה ואפנה לקבלת תגמולים ו/או תשלומים כלשהם מהמוסד לביטוח לאומי הנובעים ו/או קשורים בתאונה, ותוגש כנגד המבוטחים ו/או המבוטחים ו/או כנגד מי מטעמם, דרישה ו/או תביעה לתשלום, הנני מתחייב לפצותם ולשפותם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד, על כל סכום שהוא לרבות הוצאות משפט, ריבית ושכ"ט עו"ד, שיידרשו לשלם על פי כל דין. כמו כן, מלבד יתר האמצעים החוקיים שתהיו רשאים לנקוט, אני מסכים מראש כי מל"ל יפעיל נגדי את סעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי.

8. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו המבוטחים והמבוטחים לשלם לי את הסכום.

X _____ חתימה

הודפס: 17/11/2020



מגדל חברה לביטוח בע"מ

9. ידוע לי, שתשלום הכספים, לרבות שכ"ט ו/או הוצאות יהיה בכפוף להוראות צווים שיפוטיים ו/או עיקולים שנרשמו בחברתנו ככל שנרשמו, ובכפוף להוראות כל דין.
10. כתב קבלה זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות, אין בו הודאה בזכות כלשהי של המבוטחים ואין בו כדי להפסיק את מרוץ ההתיישנות בתביעת המבוטחים, במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות תשי"ח-1958.
11. במקרה שכתב זה נחתם ע"י יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם יחד וכל אחד מהם לחוד.

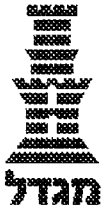
תאריך: _____ ת.ד.: 3043627 חתימה: _____ X

אני החתום מטה עו"ד אריאל פרייברג מאשר בזה כי הכתב הנ"ל נחתם בנוכחותי על-ידי ה"ה אלדן רות וזאת לאחר שקראתי בפניו/ה את כתב הקבלה והסברתי לו/ה את תכנו.

תאריך: _____ חתימה וחותמת עו"ד: _____

הודפס: 17/11/2020

מגדל חברה לביטוח בע"מ



כתב קבלה ויתור

ושחרור סופי

תביעה: 10819039289
מבוטח: אלדן אהרון
סוכן: כנען סוכנויות לביטוח בע"מ
פוליסה: 25733874219
פוליסה לביטוח חובה

אני(ו) הח"מ אלדן אהרון נושא ת.ז. מס' 5891387 שכתובתי היא מדינת היהודים 9 הרצליה, 4676609 (להלן: "התובע"),

מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 14/04/2019 או בסמוך לתאריך הנ"ל ארעה תאונת דרכים (להלן: "התאונה"), אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

הואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם המבוטחים המפורטים בפוליסה (להלן: "המבוטחים") ועם המבוטחים המפורטים בפוליסה (להלן: "המבוטחים"), לקבלת פיצויים כמפורט להלן, וזאת לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, וזאת מבלי להודות בחבותם ומבלי שכתב קבלה זה יתפרש כויתור על טענה כלשהי לעניין החבות והכיסוי הביטוחי.

לכן הנני מאשר, מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- הסכמתי לקבל מאת המבוטחים והמבטחים באמצעות עו"ד אריאל פרייברג, סך של 65,000 ₪ וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמתי לקבלת הסך הנ"ל (להלן "הסכום").
- ידוע לי כי הסכום כולל פיצוי מלא עבור כל הנזקים שנגרמו ויגרמו לי כתוצאה מהתאונה, לרבות כל ההוצאות הרפואיות ו/או הפרא-רפואיות ו/או עלויות הטיפול ששנים כוללים בסל הבריאות. כמו כן ידוע לי כי הסכום כולל פיצוי מלא עבור כל תביעות מיטיבים, לרבות כספים ו/או סכומים ו/או תגמולים ו/או תביעות מאת המוסד לביטוח לאומי בגין התאונה, ולרבות כספים ו/או סכומים ו/או תגמולים ו/או תביעות מטעם המעביד ו/או קרנות פנסיה ו/או נכות כלשהי.
- תמורת הסכום וקבלתו אוותר בזה לחלוטין ואמחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין שהוא, שנגרמו וגם או ייגרמו, הכרוכות או הנובעות במישרין או בעקיפין מהתאונה, על פי כל דין, כפי שהינו כיום וכפי שיהיה בעתיד, ועל פי כל חיקוק שיתקן וגם/או יבוא במקום דין הקיים היום או שיחוקק בעתיד.
- לאחר קבלת הסכום, הנני מתחייב לפצות ולשפות את המבוטחים והמבוטחים או מי מהם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד, על כל סכום שהוא לרבות הוצאות משפט, ריבית ושכ"ט עו"ד, שיידרשו לשלם על פי כל דין, לכל אדם או גוף, הכרוכים או הנובעים במישרין או בעקיפין מהתאונה, למעט תביעות בגין מתן טיפול רפואי בהתאם לסל הבריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994, והכול כפוף לכך שלא יהיה עלי להחזיר סכום כלשהו מעבר לסכום שישולם לי בהתאם לכתב קבלה זה.
- הריני מצהיר בזאת כי התאונה איננה תאונת עבודה, לא פניתי ואני מתחייב לא לפנות למוסד לביטוח לאומי להכיר בה כתאונת עבודה.
- הנני מצהיר בזאת כי לא פניתי בתביעה ו/או לא קיבלתי ו/או אינני מקבל ואני מצהיר ומתחייב כי לא אפנה בתביעה ולא אקבל כספים ו/או תגמולים ו/או מענקים ו/או קצבאות ו/או כל תשלום אחר כלשהו, לרבות קצבת נכות כללית, קצבת נידות, קצבת שר"ם, קצבת סיעוד ו/או שירותי סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי בגין ו/או כתוצאה מהתאונה.
- הנני מצהיר מאשר ומתחייב כי היה ואפנה לקבלת תגמולים ו/או תשלומים כלשהם מהמוסד לביטוח לאומי הנובעים ו/או קשורים בתאונה, ותוגש כנגד המבוטחים ו/או המבוטחים ו/או כנגד מי מטעמם, דרישה ו/או תביעה לתשלום, הנני מתחייב לפצותם ולשפותם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה או תביעה, שתוגש נגדם או נגד כל אחד מהם לחוד, על כל סכום שהוא לרבות הוצאות משפט, ריבית ושכ"ט עו"ד, שיידרשו לשלם על פי כל דין. כמו כן, מלבד יתר האמצעים החוקיים שתהיו רשאים לנקוט, אני מסכים מראש כי מל"ל יפעיל נגדי את סעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי.
- ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו המבוטחים והמבוטחים לשלם לי את הסכום.

X _____ חתימה

תודפס: 17/11/2020



מגדל חברה לביטוח בע"מ

9. ידוע לי, שתשלום הכספים, לרבות שכ"ט ו/או הוצאות יהיה בכפוף להוראות צווים שיפוטיים ו/או עיקולים שנרשמו בחברתנו ככל שנרשמו, ובכפוף להוראות כל דין.
10. כתב קבלה זה נשלח מבלי לפגוע בזכויות, אין בו הודאה בזכות כלשהי של המבוטחים ואין בו כדי להפסיק את מרוץ ההתיישנות בתביעת המבוטחים, במובן סעיף 9 לחוק ההתיישנות תשי"ח-1958.
11. במקרה שכתב זה נחתם ע"י יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים, מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם יחד וכל אחד מהם לחוד.

תאריך: _____ ת.ד.: 5891387 חתימה: _____ X

אני החתום מטה עו"ד אריאל פרייברג מאשר בזה כי הכתב הנ"ל נחתם בנוכחותי על-ידי ה"ה אלדן אהרון וזאת לאחר שקראתי בפניו/ה את כתב הקבלה והסברתי לו/ה את תכנו.

תאריך: _____ חתימה וחותמת עו"ד: _____

הודפס: 17/11/2020



מגדל חברה לביטוח בע"מ



לכבוד

אריאל פרייברג עו"ד
דרך אבא הלל 7
רמת גן 5252204

תאריך: 17/11/2020

מבלי להכיר בחבות

מבלי לפגוע בזכויות ובטענות ההתיישנות

אדון/גברת נכבד/ה,

אירוע מיום: 14/04/2019 תביעה: 10819039289
כיסוי ביטוחי: ביטוח חובה
שם נפגע: אלדן אהרון ת.ז.: 5891387
פוליסה: 25733874219

המועד בו היו בידי החברה כל המסמכים והמידע הדרושים לבירור התביעה: 17/11/2020.

להלן רשימת המסמכים שהתקבלו עד כה בחברתנו ומועדי קבלתם:

27/05/2020	- תביעה משפטית על נספחיה.
30/04/2019	- תעודת חדר מיון ו/או תעודה רפואית ראשונה מיום האירוע ו/או סמוך למועד זה.
30/04/2019	- דו"ח סיכום אישפוז.
30/04/2019	- מכתב סוכן ביטוח.

רצ"ב כתב קבלה ע"ס 65,000 ₪.

הנך מתבקש להחתים את מרשתך על כתב הקבלה הרצ"ב, לאמת החתימה ולהמציאם לנו בחוזר.

הערות:

- כשמדובר בקטין נא להחתים את שני הורי הקטין.
- אין לבצע כל תיקון ו/או שינוי ו/או תוספת בכתב קבלה.
- לצורך ביצוע התשלום בהעברה בנקאית, נא למלא פרטי חשבון הבנק של המוטב (תובע או עורך דין בא כוחו בהתאם ל"פוי כח) כמפורט להלן.
- *** כפוף לקבלת "פוי כח חתום ומאומת המציין את תאריך התאונה. ***

פרטים לצורך העברה בנקאית:

נבקשך לצרף צילום העתק המחאה של החשבון, אליו יועבר התשלום. יש לרשום "מבוטל" על גבי המחאה.
בנוסף יש למלא הפרטים הבאים:

ת.ז.	שם בעל החשבון	מספר בנק	שם הבנק	מספר חשבון
מספר סניף	שם הסניף	כתובת הסניף (רחוב)	דואר אלקטרוני	
כתובת למשלוח הודעות זיכוי				

יובהר בזאת כי ללא קבלת מלוא הפרטים לא ניתן לבצע את התשלום בהעברה בנקאית.

הודפס: 17/11/2020

מידע נוסף ניתן לפצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 363 קרית אריה מרח תקווה, מיקוד 4951106



מגדל חברה לביטוח בע"מ

פיסקת התיישנות:

לידיעתך, על פי הדין, תקופת ההתיישנות לתביעה מכוח ביטוח חובה לרכב הינה שבע (7) שנים מיום קרות מקרה הביטוח. מרוץ תקופת ההתיישנות החל ביום 14/04/2019. תקופת ההתיישנות יכולה להשתנות לפי הוראות חוק ההתיישנות, התשי"ח - 1958. אם התביעה מבוססת על סעיף 3(ג) לפקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל - 1970, תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל ב"אזורים" או ב"אזור" (כהגדרתם בפקודה האמורה), לפי עניין. הגשת התביעה על ידך לחברתנו אינה עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות של התביעה, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט נגד החברה עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות.

לשירותך בכל עת,

אדואה חמיאס, עו"ד
מגדל חברה לביטוח בע"מ
טל' 076-8867556

מסמך זה מכיל מידע שמוגן מתוקף חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981. המכתב מנוסח בלשון זכר, אך יש לקרוא אותו גם בלשון נקבה או בלשון רבים, הכל לפי הקשר הדברים.

הודפס: 17/11/2020

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך.
כתובת למעטלות דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3563 קריית אריה מתח תקווה, מיקוד 495106

עמוד 2 מתוך 4 ADVAH סוג מכתב 105 קטלוג 3181 קוד לתיק 859 תביעה 10819039289

מגדל חברה לביטוח בע"מ



לכבוד

אריאל פרייברג ע"ד
דרך אבא הלל 7
רמת גן 5252204

תאריך: 17/11/2020

מבלי להכיר בחבות

מבלי לפגוע בזכויות ובטענות ההתיישנות

אדון/גברת נכבד/ה,

אירוע מיום: 14/04/2019 תביעה: 10819039289

כיסוי ביטוחי: ביטוח חובה

שם נפגע: אלדן רות ת.ז.: 3043627

פוליסה: 25733874219

המועד בו היו בידי החברה כל המסמכים והמידע הדרושים לבירור התביעה: 17/11/2020.

להלן רשימת המסמכים שהתקבלו עד כה בחברתנו ומועדי קבלתם:

27/05/2020	- תביעה משפטית על נספחיה.
30/04/2019	- טופס הודעה על אירוע התאונה, מלא וחתום כנדרש הכולל תאור מפורט של נסיבות התאונה, לרבות מקום, תאריך ושעת התרחשותה ומטרת ויעד הנסיעה..
30/04/2019	- דו"ח סיכום אישפוז.
30/04/2019	- מכתב סוכן ביטוח.

רצ"ב כתב קבלה ע"ס 95,000 ₪.

הנך מתבקש להחתים את מרשתי/ך על כתב הקבלה הרצ"ב, לאמת החתימה ולהמציאם לנו בחוזר.

הערות:

- כשמדובר בקטין נא להחתים את שני הורי הקטין.
- אין לבצע כל תיקון ו/או שינוי ו/או תוספת בכתב קבלה.
- לצורך ביצוע התשלום בהעברה בנקאית, נא למלא פרטי חשבון הבנק של המוטב (תובע או עורך דין בא כוחו בהתאם ל"פיו" (כח) כמפורט להלן.
- *** כפוף לקבלת "פיו" כת חתום ומאומת המציין את תאריך התאונה. ***

פרטים לאורך העברה בנקאית:

בבקשך לצרף צילום העתק המחאה של החשבון, אליו יועבר התשלום. יש לרשום "מבוטל" על גבי המחאה.

בנוסף יש למלא הפרטים הבאים:

ת.ז.	שם בעל החשבון	מספר בנק	שם הבנק	מספר חשבון
מספר סניף	שם הסניף	כתובת הסניף (רחוב)		דואר אלקטרוני
כתובת למשלוח הודעות זיכוי				

יובהר בזאת כי ללא קבלת מלוא הפרטים לא ניתן לבצע את התשלום בהעברה בנקאית.

הודפס: 17/11/2020

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה סניף תקווה, מיקוד 495106



מגדל חברה לביטוח בע"מ

פיסקת התיישנות:

לידיעתך, על פי הדין, תקופת ההתיישנות לתביעה מכוח ביטוח חובה לרכב הינה שבע (7) שנים מיום קרות מקרה הביטוח. מרוץ תקופת ההתיישנות החל ביום 14/04/2019.

תקופת ההתיישנות יכולה להשתנות לפי הוראות חוק ההתיישנות, התשי"ח - 1958.

אם התביעה מבוססת על סעיף 3(ג) לפקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל - 1970, תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל ב"אזורים" או ב"אזור" (כהגדרתם בפקודה האמורה), לפי עניין.

הגשת התביעה על ידך לחברתנו אינה עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות של התביעה, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט נגד החברה עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות.

לשירותך בכל עת,

אדואה חמיאס, עו"ד

מגדל חברה לביטוח בע"מ

טל' 076-8867556

מסמך זה מכיל מידע שמוגן מתוקף חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981.

המכתב מנוסח בלשון זכר, אך יש לקרוא אותו גם בלשון נקבה או בלשון רבים, הכל לפי הקשר הדברים.

הודפס: 17/11/2020

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך

כתובת למעולות דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קריית אריה סניף תקווה, מיקוד 4951106

תביעה 10819039289

קוד לתיוק 859

קטלוג 3181

סוג מכתב 105

ADVAH

עמוד 2 מתוך 4

תאריך 12/10/2020

סיכום מידע רפואי

מיועד ל - מטופל

פרטי המטופל

אלדן אהרן

שם משפחה ושם פרטי
מס זהות
גיל
מין
ת.לידה
אבא
שם האב
מדינת היהודים
רחוב
הרצליה
ישוב
מס בית
טלפון
טלפון נוסף

גרשם על סמך הרשום בתיק

משקל
גובה
לחץ דם
מעשן
מעולם לא
bmi
23.13

אבחנה -מצב בריאותי

בעיות פעילות

ת.גילוי	אפיפון	בעיה
01/03/1983		DIABETES MELLITUS
01/01/1983		HYPERTENSION ESSENTIAL
01/07/1997		GLAUCOMA
01/05/1999		CATARACT
01/05/2000		CYST EPIDERMAL SUPRAORBITAL [Excision]
01/09/2000		HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED
01/01/1999		BENIGN HYPERTROPHY PROSTATE
01/04/2005		NEUROPATHY PERIPHERAL
01/11/2007	MM- IN SITU	MELANOMA
01/07/2008	It	TEAR MENISCUS OLD LONGSTANDING
01/12/2010		PROTEINURIA
01/07/2011	NEW	ATRIAL FIBRILLATION
01/07/2013		IRON DEFICIENCY ANEMIA
01/07/2013	HEAD - FULL EXC	BASAL CELL CARCINOMA
01/11/2013		MICROALBUMINURIA
01/11/2013		HEART FAILURE WITHOUT SYSTOLIC DYSFUNCTION
08/01/2015		RENAL FAILURE CHRONIC
13/01/2016		CARDIOMYOPATHY
21/11/2017		MYOCARDIAL INFARCTION
21/11/2017		PCI - TO LAD
06/06/2019		PEMPHIGOID BULLOUS
29/09/2019	mod	AORTIC STENOSIS
09/05/2020		ATRIOVENTRICULAR BLOCK COMPLETE
10/05/2020		INSERT OF PERMAN. PACEMAKER INTO VENTRICLE TRANSVENO
07/06/2020		FALLS RECURRENT
07/06/2020		OSTEOPOROSIS
07/06/2020		BACKACHE
07/06/2020	REC	URINARY TRACT INFECTION

מידע יסן

ht

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

סיכום מידע רפואי
אלדן אהרן
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
דף 1 מ 3
12/10/2020
הודפס ע"י ד"ר דויד מאירסון
00-00589138-7

dmnid
galucoma
s/p caract ext rt eye
hyper lipidemia
hyper aldosteronism

בעיות עבר

ת. סיום	ת. גילוי	אפיין	בעיה
00/05/1999	00/05/1999		CATARACT Rt eye
00/			HYPERALDOSTERONISM PRIMARY
00/06/1989	00/06/1989		HYPERTRIGLYCERIDEMIA

רגישויות ו/או

תופעות לוואי

חומרה	נמסר ע"י	תגובה	רגישות ל
	רופא		LERCANIDIPINE TAB 10MG 10MG אחר: בעקת

cave antitetanus vaccin

מידע ישן

תרופות קבועות

ת. סיום	ת. גילוי	אפיין	בעיה	כמות	תרופה
ביום	פעמים	א. הגשה			
ביום	1	טבליות		1	SPIRONOLACTONE TAB 25MG 25MG
ביום	1	כמוסות		1	TAMSULOSIN HCL CAP 0.4MG 0.4MG
ביום	1	טבליות		1	DULOXETINE TAB 60MG 60MG
ביום	0	יחידות ליום			INS TREGLUDEC 100U/1ML 5X3ML 100U
ביום	1	מריחה		1	CLOBETASOL PROPIONATE OIN 0.05 0
ביום	0	מריחה		0	CLOBETASOL PROPIONATE CR 0.05% 0
ביום	1	טבליות		1	ATORVASTATIN TAB 20MG 20MG
בשבוע	1	זריקה		0	TRULICITY 0.75MG/0.5ML<>>PEN 4 0
ביום	1	טבליות		1	DOXYCYCLINE 100 MG TAB 100MG
ביום	0	מריחה			AQUEOUS CR 250ML 250ML
ביום	1	טבליות		1	LERCANIDIPINE TAB 10MG 10MG
ביום	1	טבליות		1	LOSARTAN POTASSIUM 50 MG TAB 50MG
ביום	1	מיליטר		220	NEPRO HP HIGH PROTEIN (F) LIQ 220
ביום	1	טבליות		1	CLOPIDOGREL HYDROGEN SULPHATE 75m
ביום	2	קפלות		1	OMEPRADAX 20MG CAP 20MG
ביום	2	טבליות		1	ELIQUIS 2.5MG<>>(60) TAB 2.5MG
ביום	1	יחידות		1	STRIP FREESTYLE FREEDOM LITE B
ביום	1	שאיפות		1	ANORO ELLIPTA 55/22MCG <>>INH 55m
ביום	0	טיפות			/LATANOPROST COL 0.05MG/ML 0.05MG
ביום	3	טבליות		1	FUROSEMIDE TAB 40MG 40MG
ביום	1	טבליות		1	DOXAZOSIN MESYLATE CPL 4MG 4MG
ביום	2	כמוסות		1	PERMIXON (M) CAP 160mg

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 2 מ 3

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום מידע רפואי

12/10/2020

הודפס ע"י ד"ר דויד מאירסון 00-00589138-7

אלדן אהרן

אהרן בן 90 מחלות שבכותרת, לאחרונה ירידה במצב כללי, קושי ב ADL
 נזקק לעזרה רבה.

לאור החמרה במצבו נזקק לחמצן 24/7
 קשיש בסיכון לנפילות קשיש בסיכון להתדרדרות
 קושי ניכר בנידות - נזקק לעזרה רבה
 תודה

ד"ר דויד מאירסון

34119

נחתם דיגיטלית

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

רישום רפואי זה כפוף לתנאים להלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל במרפאה הכללית.
 רישומים אלה מבוססים על מידע שנמסר לרופא המטפל ע"י הנ"ל ו/או על מידע בדבר תוצאות בדיקות.

קופת חולים, רופאיה, עובדיה וכל מי שפועל מטעמה אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו מפי הנ"ל או
 מפי אפוסטרופסו/יו של הנ"ל שלגביו ניתן אישור זה או אם ביקור, טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים
 ברישומים שבכרטיס הרפואי על שמו של הנ"ל.

כמו כן אין הם אחראים על תוצאות משגה או רשלנות בטיפול שיבוצע בנ"ל ע"י צד ג', על סמך אישור זה.

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

סיכום מידע רפואי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

דף 3 מ 3

אלדן אהרן

הודפס ע"י ד"ר דויד מאירסון 00-00589138-7

12/10/2020



TIME TO SLEEP
פתרונות שינה מתקדמים

תאריך: 20.10.2020

סיכום ביקור – מרפאת שינה

טלפון: 050-8847717

ת. לידה: 19.12.1934

ת.ז: 003043627

שם הנבדק: רות אלדן

מין: נקבה

אימייל: reldan@bezeqint.net.il

ברקע: בת 86 שנים בקירוב, ילידת גרמניה, עלתה בגיל פחות משנה לארץ. נשואה + 2, גרה בהרצליה, עבדה בתור חשבת במשרד הביטחון.

מחלות רקע:

- Sleep disorder due to Restless Leg Syndrome (RLS)
- Anxiety and Depression
- מתח נפשי מתמשך גם על רקע מחלת בן זוג
- Tremor essential בשתי הידיים
- Drop foot left
- נפילות חוזרות על רקע חוסר יציבות
- שימוש ב-aircast בקרסול שמאל
- Subtrochanteric hip fracture right
- מצב אחרי שבר בצוואר ירך ימין עם קיבוע 4.2019
- Osteoporosis על רקע שבר בצוואר הירך
- Hip pain right
- Atrial fibrillation, מטופלת בקרדילוק, פרוקור ודילול דם
- Malignant neoplasm of breast right 5.2005

תלונה עיקרית: אי שקט ברגליים במנוחה, בעיקר לפני השינה, המפריע לשינה במשך שנים רבות. התגבר מאז שעברה תאונת דרכים באפריל 2019.

אנמנזת שינה: מתארת הפרעות שינה על בסיס קבוע במשך שנים רבות, מציינת שעיקר ההפרעה נובעת מאי נוחות בגפיים תחתונות שקורית במנוחה כששוכבת במיטה ורוצה לישון, ודחף להזיז את הרגליים. רק בהזזת הרגליים או בקימה והליכה, אי הנוחות חולפת.

בסולם ירידה באיכות חיים מ-10-1 נותנת לעצמה ציון של 8, מה שמצביע על ירידה משמעותית באיכות החיים והפרעה קשה. ההפרעה קורית לפעמים כל יום, הממוצע בין 3-5 פעמים בשבוע ללא סדר מיוחד. ההפרעה קורית בזמן מנוחה ולפעמים במנוחה לאחר פעילות פיזית, כמו צעדה או התעמלות. עד כה הציעו לה טיפול במגנזיום למשך כמה שבועות, שלא עזר.

בנוסף מתארת דאגנות וחרדות מסביב לכל היום, אך גם לפני שהולכת לישון. שוללת כאב בגפיים, שעשוי להפריע בשינה.



TIME TO SLEEP

פתרונות שינה מתקדמים

טיפול:

הטיפול הבסיסי המוצע לתסמונת "הרגל הרגיזה" הוא איזון רמת הברזל והפריטין, כאשר מומלץ לתת ברזל במינון 300 מ"ג פעם עד פעמיים ביום, כשהפריטין נמוך מ-75 ng/ml. אצל רות, רמת הפריטין היא 40 ng/ml ולכן מומלץ לתת ברזל סולפט ביחד עם ויטמין C על מנת לשפר את הספיגה (כדור ויטמין C 500 מ"ג או חצי כוס מיץ תפוזים).

כמו כן, יש להקפיד על רמה מקסימלית של ויטמין D, אי לכך מומלץ לקחת בחודש הראשון 4000 יח' ויטמין D ליום ולאחר מכן 2000 יח' ליום.

מבחינת טיפול תרופתי ישנן כמה אפשרויות, עליהן דנתי עם המטופלת:

- Benzodiazepines – clonazepam
- Dopamine agonists – pramipexole
- Alpha-2-delta calcium channel ligands – gabapentin / pregabalin

אחר והיא שוללת כאב לילי, אולם יש חרדות ודאגנות יתר סביב השינה בנוסף ל-RLS, היא תתחיל במינון קטן של בנזודיאזפין מסוג 0.5 clonex מ"ג, חצי כדור כחצי שעה לפני השינה.

הוסבר שהכדור ממכר באופיו אולם היתרון של השריית שינה טובה והסרת החרדות לפני השינה, מדבר בעדו. במידה ולא תסתגל או תהיינה תופעות לוואי כגון ישנוניות יתר ביום שלמחרת, ישקל בהמשך מתן טיפול ב-dopamine agonists כגון 0.125 sifrol (Pramipexole) מ"ג ועלייה הדרגתית במינון.

סוכם שלשם כך המטופלת תהיה איתי בקשר רציף טלפוני, אני זמינה לכל שאלה.

בברכה,

ד"ר יעל קראוס רפואת שינה

מומחית לרפואת משפחה

מ.ר. 27188 מ.ר.מ. 17997

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

23.9.20

מ.ל.ב.
בפקס

לכבוד
עו"ד אדוה חמיאס
מחלקת תביעות גוף
מגדל חברה לביטוח בע"מ

ח.נ., שלום רב,

הנדון: ת.א. 62995-05-20 אלדן נ' מגדל
מס' תביעה: 10819039289

1. כפי שציננתי בשיחותינו הטלפוניות, עובר לתאונה היו מרשיי פעילים לחלוטין. לא רק ביחס לבני גילם, אלא, ביחס לכל גיל!
2. הצעתך כפי שבאה לידי ביטוי בשיחתנו אפילו לא מגלמת את נזקם לעבר, שלא לדבר על הנזק העתידי.
3. אשר על כן, אודה להגשת כתב הגנה.

בכבוד רב ובע"ח
אריאל פרייברג, עו"ד

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

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

15.7.20

מ.ל.ב.
בפקס

לכבוד
עו"ד אדוה חמיאס
מחלקת תביעות גוף
מגדל חברה לביטוח בע"מ

ח.נ., שלום רב,

הנדון: ת.א. 62995-05-20 אלדן נ' מגדל
מס' תביעה: 10819039289

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 8.6.20 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מרשיי לא מקבלים גמלת סיעוד מטעם המל"ל ועל כן אין בידי את התיק האמור.
2. מחמת התאונה ותוצאותיה נאלצו מרשיי להעסיק עובד זר בעלות כוללת של כ- 7,500 ₪ לחודש. עלות אותה הם נושאים עד למועד כתיבת שורות אלה וצפויים לשאת גם בעתיד. רצ"ב היתר להעסקת עובד זר ופירוט תשלומים חלקי.
3. לא למותר לציין כי מחמת התאונה ותוצאותיה הקשות נגרמות למרשיי ולמשפחתם הוצאות נוספות הכרוכות בעזרה רבה לה נזקקים בני הזוג.
4. בנסיבות, ועל מנת לייתר את הצורך במינוי מומחים אוכל להמליץ בפני מרשיי על סילוק תביעתם תמורת פיצוי כולל בסך 480,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ.
5. אודה לעיונך ולקבלת הצעה עניינית ומקסימלית.

בכבוד רב ובב"ח

אריאל פרייברג, עו"ד



רשות האוכלוסין
וההגירה



מדינת ישראל

מינהל שירות למעסיקים
ולעובדים זרים
אגף היתרים – ענף סיעוד

יום חמישי א' תמוז תשע"ט
04 יולי 2019
מספר זהות: 5891387
מספר בקשה: 381-2019-03572
סיווג: סיעודי

לכבוד,
אלדן אהרן
רח' מדינת היהודים 9
הרצליה 4676609

**הנדון: היתר להעסקת עובד זר בענף הסיעוד –
לפי סעיף 11ג לחוק עובדים זרים, התשנ"א-1991**

סימוכין: מכתב מיום 27/06/2019

בתשובה לפנייתך שבסימוכין הריני להודיעך כי אושרה בקשתך להיתר העסקה על שם:

אלדן אהרן מ. זהות: 5891387 (להלן "בעל ההיתר")

מען: רח' מדינת היהודים 9 הרצליה 4676609.

סה"כ עובדים שניתן להעסיק על פי ההיתר: 1 (אחד).

היתר מספר 995340917 הינו בתוקף מיום: 04/07/2019 עד ליום: 31/07/2023.

להארכת ההיתר, יש לפנות ליחידת ההיתרים – סיעוד שברשות ההגירה 60 יום לפני מועד פקיעת תוקפו.

הפרת אחד או יותר מתנאי היתר זה, או הפרת הוראה החלה על מעביד כלפי עובדו לפי חוק עובדים זרים, התשנ"א-1991, או לפי כל דין אחר ותביא לביטול ההיתר. להלן תנאים לתוקף היתר זה:

1. על בעל ההיתר להיות רשום אצל לשכה פרטית מורשית להבאה, לתיווך ולטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד ולהחזיק במכתב השמה בחתימת הלשכה המעיד על רישומו כאמור. פרטי הלשכות המורשות, נהלי רישום המעסיקים והעובדים, והסכומים אשר הלשכות יהיו רשאיות לגבות מהמעסיקים מפורסמים באתר האינטרנט של הרשות בכתובת: www.piba.gov.il.

2. על בעל ההיתר להעסיק רק עובד זר בעל אשרה ב/1 (ענף סיעוד) בתוקף, הרשום בלשכה פרטית כאמור בסעיף 1.

3. תוקף ההיתר מותנה בכמותם של הפרטים שצוינו בבקשה להיתר ובמסמכים שצורפו לה.

4. על בעל ההיתר לקיים את כל ההתחייבויות עליהם חתם במסגרת בקשתו להיתר, ובין היתר, להעסיק את העובד הזר בהתאם לכל תנאי ההיתר ובכלל זאת העסקת העובד הזר במשרה מלאה לפחות, הסדרת ביטוח רפואי ומגורים הולמים בבית המטופל.

5. יש להעסיק את העובד הזר לפי היתר זה במתן טיפול סיעודי לבעל היתר ולו בלבד.

6. על בעל ההיתר להעביר את שכר העובד הזר, מידי חודש, לחשבון בנק שנפתח על שמו של העובד הזר בישראל, בו אין למעסיק או למתווך כוח אדם או מי מטעמם או לכל צד ג' אחר (מלבד קרוב משפחה מדרגה ראשונה של העובד) הרשאה או יפוי כוח כלשהם.

7. על בעל ההיתר לשמור בידיו את המסמכים המתעדים את הפקדות השכר לחשבון האמור, לצורך הצגתם בפני עובדי יחידת הפיקוח והאכיפה של רשויות המוסמכות.

ברכבת החדירה
משרד הפנים
מנהל אגף היתרים
אגף בשם הממונה

month	Amount received	comments	signature
Apr-19	2,017	4,700 p.m / 10 days + 1 weekend	May 7, 19 - [Signature]
May-19	6,850	4,700 + 1,800 + 350	June 7, 19 - [Signature]
Jun-19	6,800	4,700 + 1,350 + 350	June 6, 19 - [Signature]
Jul-19	5,600	4,700 + 450 + 450	Aug 3, 19 - [Signature]
Aug-19	6,050	4,700 + 450 x 3	Sep 5, 19 - [Signature]
Sep-19	6,262	4,700 + 450 x 3 + 212	Oct 1, 19 - [Signature]
Oct-19	5,600	4,700 + 450 x 2	Nov 2, 19 - [Signature]
Nov-19	6,050	4,700 + 450 x 3	Nov 3, 19 - [Signature]
Dec-19	7,200	4,700 + 4,400 + 2 x 450	Jan 2, 20 - [Signature]

<u>month</u>	<u>Amount received</u>	<u>comments</u>	<u>signature</u>
Jan-20	6,450. ✓	$450 \times 3 + 4400 + 4 \times 800$ ✓	Feb 5. ✓
Feb-20	5,600. ✓	$4200 + 2 \times 450 = 5600$ ✓	March 3 ✓
Mar-20	6,050. ✓	$4200 + 3 \times 450 = 6,050$ ✓	April 2 ✓
Apr-20	7,700. ✓	$4200 + 4 \times 450 + 3 \times 400 = 7700$ ✓	May 4 ✓
May-20			
Jun-20			
Jul-20			
Aug-20			
Sep-20			
Oct-20			
Nov-20			
Dec-20			

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 23/07/2020 16:09
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	23/07 16:07
FAX NO./NAME	0768866735
DURATION	00:02:00
PAGE(S)	04
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
 RAMAT GAN, 5252204
 Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

15.7.20

מ.ל.ב.
 בפקס

לכבוד
 עו"ד אדוה חמיאס
 מחלקת תביעות גוף
מגדל חברה לביטוח בע"מ

ח.ג., שלום רב,

הנדון: ת.א. 62995-05-20 אלדן ג' מגדל
 מס' תביעה: 10819039289

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 8.6.20 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מרשיי לא מקבלים גמלת סיעוד מטעם המל"ל ועל כן אין בידי את התיק האמור.
2. מחמת התאונה ותוצאותיה נאלצו מרשיי להעסיק עובד זר בעלות כוללת של כ- 7,500 ₪ לחודש. עלות אותה הם נושאים עד למועד כתיבת שורות אלה וצפויים לשאת גם בעתיד.
 רצ"ב היתר להעסקת עובד זר ופירוט תשלומים חלקי.
3. לא למותר לציין כי מחמת התאונה ותוצאותיה הקשות נגרמות למרשיי ולמשפחתם הוצאות וחסכות הרחוקות מארה רבה לה וזההים רוג הזוג



מגדל חברה לביטוח בע"מ



לכבוד

אריאל פרייברג ע"ד

דרך אבא הלל 7

רמת גן 5252204

תאריך: 8/6/2020

שם מבטוח: אלדן אהרון

רכב מבטוח: 45622301

פוליסה: 25733874219

פוליסה לביטוח חובה

מבלי להכיר בחבות

מבלי לפגוע בזכויות ובטענות ההתיישנות

אדון/גברת נכבד/ה,

הנדון: ת.א. 62995-05-20 שלום - רחובות אלדן נגד מגדל

מספר תביעה: 10819039289 תאריך אירוע: 14/04/2019

שם תובע: אלדן רות כיסוי ביטוח: ביטוח חובה

הריני לאשר קבלת כתב התביעה שבנדון ולהודות על הסכמתך האדיבה למתן אורכה להגשת כ"ה. אודה על קבלת:

1. דרישתך הריאלית הנתמכת במסמכים לסילוק התביעה בפשרה.
2. תיק סיעוד מלא מהמל"ל - כולל אישורי תשלומים במידה והיו.

כמוסכם, כ"ה מטעמנו יוגש תוך 30 יום מקבלת בקשתך בכתב.

פיסקת התיישנות:

לידיעתך, על פי הדין, תקופת ההתיישנות לתביעה מכוח ביטוח חובה לרכב הינה שבע (7) שנים מיום קרות מקרה הביטוח. מרוץ תקופת ההתיישנות החל ביום 14/04/2019. תקופת ההתיישנות יכולה להשתנות לפי הוראות חוק ההתיישנות, התשי"ח - 1958. אם התביעה מבוססת על סעיף 3(ג) לפקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל - 1970, תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל ב"אזורים" או ב"אזור" (כהגדרתם בפקודה האמורה), לפי עניין. הגשת התביעה על ידך לחברתנו אינה עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות של התביעה, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט נגד החברה עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות.

לשירותך בכל עת,

אדוה חמיאס, עו"ד

מגדל חברה לביטוח בע"מ

טל' 076-8867556

מסמך זה מכיל מידע שמוגן מתוקף חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981.

המכתב מנוסח בלשון זכר, אך יש לקרוא אותו גם בלשון נקבה או בלשון רבים, הכל לפי הקשר הדברים.

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך.

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קריית אריה מתחם תנקוה, מיקוד: 4951106.



בית משפט השלום ברחובות

27 מאי 2020

ת"א 62995-05-20 אלדן ואח' נ' מגדל
חברה לביטוח בע"מ

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 27 מאי 2020 בשעה (بالساعة) 12:08 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 62995-05-20 אלדן ואח' נ' מגדל 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 **077-2703333 *3852**. www.court.gov.il

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة.

للحصول على تفاصيل إضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي **077-2703333**

www.court.gov.il. ***3852**

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא 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 האינטרנט של מערכת בתי המשפט בכתובת www.court.gov.il
ניתן להתעדכן בתיקים מרוחק גם ללא צורך בכרטיס חכם, באמצעות הרשמה למערכת ההזדהות הממשלתית
באתר הרשות השופטת

עו"ד אריאל פרוינדברג
חתימת עורך הדין
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, רוח אורן, מרחוב הירדן 3043027, ת.ז. מס' 3043027, נגד ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של 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 24 לחודש 5 שנה 77

חתימה: X 15-7

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

<u>חלק א'</u> אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
<u>שם האב</u> <u>שם האם</u>	<u>תעודת זהות</u> 3043621	<u>שם פרטי</u> רות	<u>שם משפחה</u> און	
<u>טלפון</u>	<u>מיקוד</u>	<u>עיר</u> תל אביב	<u>מס'</u> 9/	<u>רחוב</u> ג'ת ו'רור

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: _____
 מכוניס, מעבדות: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 24.5.20 _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
 עו"ד אריאל פרייבוך
 מס' רשיון: 52254
 חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
 X



מערכת בתי המשפט

יום רביעי 27 מאי 2020

קבלה מס': 35519664 מקור

תאריך התשלום: יום רביעי 27 מאי 2020

מקום התשלום: אתר

שם המבצע: אתר נט המשפט

פרטי החייב: אריאל פרייברג ת"ז 066630930

פרטי המשלם: אריאל פרייברג ת"ז 066630930

סכום בש"ח: 715.00

פירוט התשלום:

שובר	תיק	סעיף חיוב	פעילות	סכום בש"ח
20004361086		שובר לתשלום מראש לתיק	יצירת חיוב	715.00

נתוני תשלום:

אמצעי תשלום: כרטיס אשראי

סוג כרטיס: ישראלכרט

מספר: 1520

בתוקף עד: 06/2020

מספר שובר אשראי: מספר שובר 15355393

מספר אישור אשראי: 5810620

סוג העסקה: רגיל

מספר התשלומים בקרדיט: 1

חתימה טלפון 1900.....

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

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



Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

RE: כתב תביעה

1 message

יואב אלדן <Yoav@saltigroup.co.il>

To: Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Sun, May 17, 2020 at 4:01 PM

היי אריאל,

מצורף אישור העסקה עובד זר וחתימתה של העובדת על הסכומים שקיבלה. אין הסכם. בנוסף שלמנו "למתווך" כ 5000 ש. לא מוצא בינתיים חשבונית. אהיה אצל ההורים ביום רביעי ואחפש ...

רוצה לדבר איתך מתי שהוא להעמיק ולחדד את הבנתי בכמה נושאים. אני אתקשר.

יואב אלדן**משרד 08 6336276****פקס 08 6334855****סולורי 050 8895511****א** בידך להשפיע על איכות הסביבה - אנא שקול את נחיצות ההדפסה**From:** Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>**Sent:** Sunday, May 17, 2020 11:29 AM**To:** יואב אלדן <Yoav@saltigroup.co.il>**Subject:** Re: כתב תביעה

שבוע טוב,

מצ"ב בגירסת PDF ללא נספחים

On Fri, May 15, 2020 at 2:02 PM <Yoav@saltigroup.co.il> wrote: יואב אלדן:

אני חייב להראות להם. יש לנו מדיניות של שקיפות.

אבל רק את הכתב תביעה. לא את הנספחים.

לעניין ההערות אני אעבור ואגיש לך

Yoav Eldan

From: Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>
Sent: Friday, May 15, 2020 1:30:29 PM
To: יואב אלדן <Yoav@saltigroup.co.il>
Subject: Re: כתב תביעה

מעולה.

לדעתי אין צורך להראות להם, זה דברים שאני כותב מפי, זה לא תצהיר שהם צריכים להצהיר עליו.
מנסיוני עדיף שהלקוח לא יראה את כתב התביעה. באמת שחבל (זה יכול לדכדך אותם ואין צורך באמת)

מבחינת ההוצאות תוכל לרשום לי נקודות לכוון אותי ולשלוח לי את ההסכם או התשלומים למטפלת?

On Fri, May 15, 2020 at 1:28 PM <Yoav@saltigroup.co.il> wrote: יואב אלדן:

יצא מצויין. אני צריך להעביר להורים לאישור. והייתי מעוניין לחסוך מהם לראות את חוות הדעת.

הכתב תביעה הוא בוורד. תשמור אותו בפורמט pdf. אם לא מסנבר מדי.

תודה על ההתחשבות

Yoav Eldan

From: Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>
Sent: Thursday, May 14, 2020 8:26:29 PM
To: יואב אלדן <Yoav@saltigroup.co.il>
Subject: Re: כתב תביעה

לא הבנתי.

זה לא יצא טוב בסריקה?

נשלח מה-iPhone שלי

ב-14 במאי 2020, בשעה 19:57, יואב אלדן <Yoav@saltigroup.co.il> כתב/ה:

אריאל. שלח אלי בבקשה את כתב התביעה ללא הנספחים.

From: Ariel Freiberg [mailto:frei.ariel@gmail.com]
Sent: Thursday, May 14, 2020 3:59 PM
To: יואב אלדן
Subject: כתב תביעה

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון : 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס : 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון : 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס : 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב.

אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון : 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס : 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק

ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב

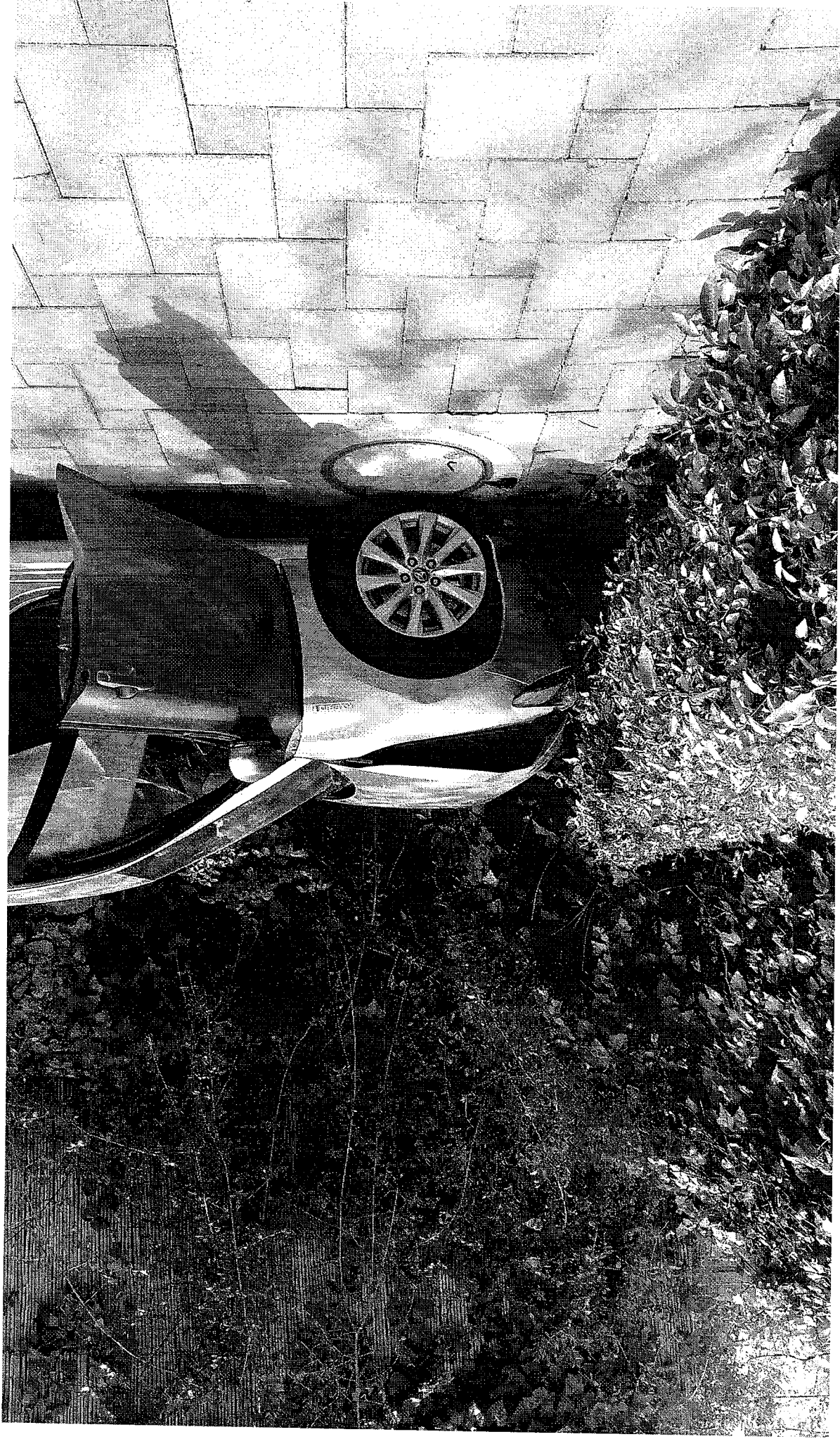
3 attachments

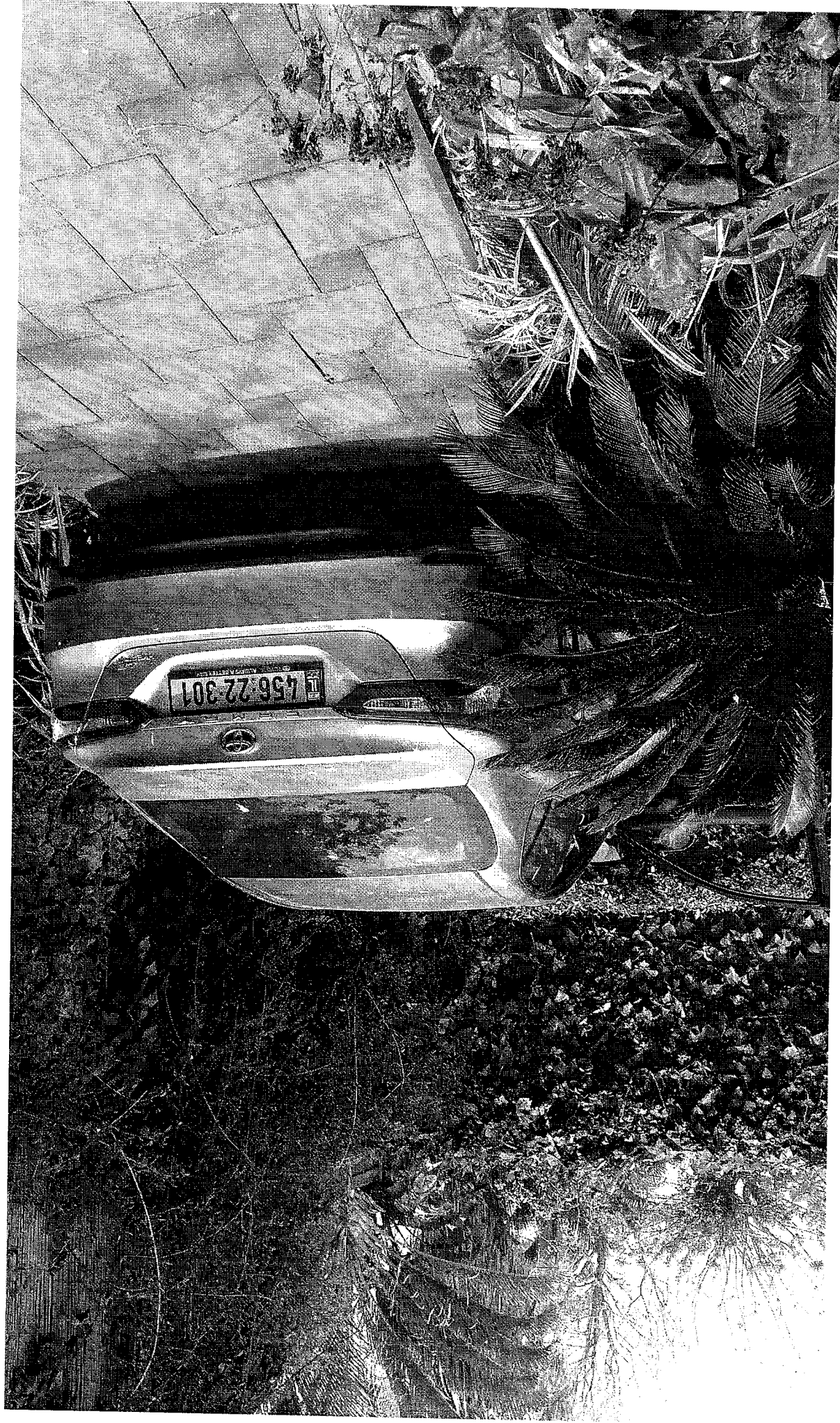
 **2019 סיעוד.pdf**
188K

 **2020 סיעוד.pdf**
265K

 **היתר העסקת עובד זר.pdf**
394K







בייער שמאים-שמאות רכב
bayer1@013.net
רח' עליית הנוער 14 תל אביב 6745009
טלפון - 03-6916663 פקס - 03-6950354 סלולאר - 0522531520

מוכן להעברה

לכבוד : מגדל חברה לביטוח בע"מ
היצירה 3, פתח תקוה מיקוד :

תאריך: 16/05/2019
אובדן מוחלט

חנות דעת : 226-000032613-00

מבלי לפגוע בזכויות

פרטי רכב

מספר רישוי: 45622301	בתוקף עד: 12/11/2019
יצרן: טויוטה	YCR01
דגם: קאמרי 18-18,	
שנת יצור: 2018	רכב לא במאגר
מספר איגוד: 413127	טויוטה קאמרי היברידי
מד אוץ: 5503	
מספר שלדה:	4T1B31HK0JU004406
סוג רכב: פרטי	
ת.ק. מסמכים: 15/5/2019	
מספר בעלים: 1	
קוד משרד התחבורה:	

פרטים ביטוחיים

שם מבטוח: אלדן אהרון
מבטוח: מגדל חברה לביטוח בע"מ
שמאי בודק: יעקב קרפניק
תאריך איחוד: 14/04/2019
תאריך בדיקה: 21/04/2019 ב- : בבית המבטוח
מוסך: אחר
ביקורים במוסך:
סוכן: כנען
מספר פוליסה: 025733874219
מספר תביעה: 10819037696
סוג תיק: חברה
סוג נזק: נזקים תאונתיים
תאריך רישוי: 13/11/2018

נזק בחזית

בדקנו את הרכב שפרטיו רשומים מעלה

הרכב ניזוק קשה בחזית, כמפורט.

להלן הערכתנו:

בייער שמאים-שמאות רכב
bayer1@013.net
רח' עליית הנוער 14 תל אביב 6745009
טלפון - 03-6916663 פקס - 03-6950354 סולאר - 0522531520

עבודות

תיאור עבודה

- * עבודות פחחות
- * עבודות מכונאות
- * עבודות חשמל
- * עבודות מזגן
- * עבודות זגגות
- * עבודות רפדות
- * תקנה+פרונט

סה"כ עבודות ועבודות נילוות

צבע

- עבודות צבע וחומרים
- * עבודות צבע

סה"כ עבודות צבע

חלקי חילוף

תיאור החלק

- * כנף קד' ימ'
- * כנף קד' שמ'
- * מגן קד' תחתון
- * מכסה קדמי
- * פנס קד' ימ'
- * מצנן מים
- * מעבה מזגן
- * כרית אוויר נוסע

מק"ט/

מנחה סוג החלק

- 0742 מקורי
- 1000 מקורי
- 1000 מקורי
- 1000 מקורי
- 1000 מקורי
- 1000 מקורי
- 1000 מקורי
- 1000 מקורי

סה"כ מחיר

- 6,002.00 ₪
- 6,002.00 ₪
- 5,030.60 ₪
- 4,881.30 ₪
- 6,657.90 ₪
- 5,264.00 ₪
- 2,074.00 ₪
- 4,564.30 ₪

עלות עבודה

- 4,500.00 ₪
- 800.00 ₪
- 600.00 ₪
- 1,200.00 ₪
- 2,800.00 ₪
- 800.00 ₪
- 1,000.00 ₪

11,700.00 ₪

4,500.00 ₪

4,500.00 ₪

בייער שמאים-שמאות רכב
bayer1@013.net
רח' עליית הנוער 14 תל אביב 6745009
טלפון - 03-6916663 פקס - 03-6950354 סלולארי - 0522531520

2,812.50 ₪	1000 מקורי	* כרית אויר נהג
4,800.30 ₪	1000 מקורי	* מכלול כריות
6,117.70 ₪	1000 מקורי	* כרית אויר גג
6,117.70 ₪	1000 מקורי	* כרית אויר גג ימ'
1,616.30 ₪	1000 מקורי	* חג' בטיחות קד' ימ'
1,616.30 ₪	1000 מקורי	* חג' בטיחות קד' שמ'
1,120.90 ₪	1000 מקורי	* תומך
798.40 ₪	1000 מקורי	* תומך שמ' לפח
798.40 ₪	1000 מקורי	* תומך ימ' לפח
580.40 ₪	1000 מקורי	* קורה תחתונה
1,500.30 ₪	1000 מקורי	* תומך מגן קד'
209.50 ₪	1000 מקורי	* נזול קרור
4,544.00 ₪	1000 מקורי	* ריפוד גג
6,657.00 ₪	1000 מקורי	* פמס שמאל
8,500.00 ₪	1000 מקורי	* סמויים/שונות
2,588.00 ₪	1000 מקורי	* כרית ברכיים
90,853.80 ₪		מחיר חלקי חילוף

107,053.80 ₪	סה"כ נזק למוקד נזק בחזית
18,199.15 ₪	מע"מ (17% [שבעה עשר])
125,252.95 ₪	סה"כ כולל מע"מ

סיכום חוות הדעת

פירוט ההפרשים בין חוות הדעת לסכום התביעה

[0.00 ₪]	סכום התביעה/חשבונית כולל מע"מ	[0.00 ₪]	סכום התביעה/חשבונית (ללא מע"מ)
[125,252.95 ₪]	סכום הערכת הנזק כולל מע"מ	107,053.80 ₪	סכום הערכת הנזק (ללא מע"מ)
		<u>107,053.80 ₪</u>	הפרש בין התביעה לחוות הדעת

בייער שמאים-שמאות רכב
bayer1@013.net
רח' עליית הנוער 14 תל אביב 6745009
טלפון - 03-6916663 פקס - 03-6950354 סלולארי - 0522531520

פירוט שווי רכב בפועל

נושא	+	-	באחוז	סכום	הערות
ערך רכב מחירון				ש"ח 157,000.00	
מספר קילומטר גבוה	-		0.83%	ש"ח 1,303.10	
סה"כ שווי ערך רכב בפועל ש"ח 155,696.90					

בהתאם לתחשיב הנ"ל, אחוז הנזק הגולמי מסתכם בשעור של 68.19% לא כולל מע"מ

ערך רכב גולמי על פי מחירון המקובל עומד על ש"ח 157,000.00

סיכום:

1. הרכב הוגדר ע"י "אובדן כללי", רישיון הרכב הופקד ע"י כחוק ע"ג טופס 587.

2. השרידים הועברו למגרש "עוזר" ונרשמו ביומנם מס' 8212/19.

3. שווי הרכב נאמד ע"י כמפורט לעיל לסך של 155,697 ש"ח.

הערה:

הפיצוי בכפוף לתנאי הפוליסה

לטה:

תצלומי הנזק

צ.רישיון רכב

טופס תביעה

טופס הסכמה למסירת מידע

טופס הסכמה למשמורת

טופס חישוב שווי רכב

טופס נתוני משרד הרישוי

בייער שמאים-שמאות רכב
bayer1@013.net
רח' עליית הנוער 14 תל אביב 6745009
טלפון - 03-6916663 פקס - 03-6950354 סלולארי - 0522531520

טופס 587
חשבון שכ"ט

אני החת"מ : יעקב קרופניק, בוגר טכניון
עוסק בשמאות רכב מתאריך 01/01/1972, תעודת שמאי מספר 80
נותן על פי בקשתך/כם חוות דעתי במקום עדות בשבועה בבית משפט. הנני מצהיר כי ידוע לי היטב על פי
הוראות החוק הפלילי בדבר מתן עדות שקר בבית משפט, דין חוות דעת זו כשהיא חתומה על ידי,
כדין עדות בשבועה בבית משפט.

שמאי מאשר

יעקב קרופניק
רשיון מספר 80

לוטה : [] רשיון רכב.
[] תצהיר על אובדן רשיון.
[] הודעת אי שימוש.

תא: 124

תעודת ביטוח

שיעור לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה סדרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבטח הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה

48145182 (מכרז 2015)

שם בעל הפוליסה		אלדן אהרון	
כתובת		מדינת היהודים 9	
מספר תחילת הביטוח המועד בו הוחתמה תעודת הביטוח הבנק, אך לא לפני		מספר תחילת הביטוח	
מספר תחילת הביטוח		31/12/19	
מספר רישוי	מספר פוליסה	מספר רישוי	מספר פוליסה
45622301	K0JU004406	45622301	K0JU004406
שם הסוכן	שם הסוכן	שם הסוכן	שם הסוכן
470011	470011	470011	470011
כינוי סוכנות לרבותנות		כינוי סוכנות לרבותנות	
25733874219		25733874219	
ק.ד. 413127		ק.ד. 413127	
1,6,7		1,6,7	
1		1	

מספר רישוי	מספר פוליסה	מספר רישוי	מספר פוליסה
90080424	90080424	90080424	90080424
שם הסוכן	שם הסוכן	שם הסוכן	שם הסוכן
940.00	940.00	940.00	940.00
14:36	14:36	14:36	14:36
27/12/18	27/12/18	27/12/18	27/12/18
אסמכתא	אסמכתא	אסמכתא	אסמכתא
48145182	48145182	48145182	48145182
8068484	8068484	8068484	8068484
134453854	134453854	134453854	134453854
קוד מוטב 62-00622	קוד מוטב 62-00622	קוד מוטב 62-00622	קוד מוטב 62-00622

שם החברות	אלדן אהרון	שם החברות	אלדן אהרון
כתובת	מדינת היהודים 9	כתובת	מדינת היהודים 9
מספר תחילת הביטוח המועד בו הוחתמה תעודת הביטוח הבנק, אך לא לפני	מספר תחילת הביטוח	מספר תחילת הביטוח	מספר תחילת הביטוח
מספר תחילת הביטוח	31/12/19	מספר תחילת הביטוח	31/12/19
מספר רישוי	מספר פוליסה	מספר רישוי	מספר פוליסה
45622301	45622301	45622301	45622301
שם הסוכן	שם הסוכן	שם הסוכן	שם הסוכן
470011	470011	470011	470011
כינוי סוכנות לרבותנות	כינוי סוכנות לרבותנות	כינוי סוכנות לרבותנות	כינוי סוכנות לרבותנות
25733874219	25733874219	25733874219	25733874219
קוד מוטב 62-00622	קוד מוטב 62-00622	קוד מוטב 62-00622	קוד מוטב 62-00622
1,6,7	1,6,7	1,6,7	1,6,7
1	1	1	1

מספר רישוי 48145182



DRIVING LICENCE רשיון נהיגה
STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



אלדן
1. ELDAN
אהרן
2. AHARON
3. 27.01.1938

4b. 27.01.2021
5. 0053640

4a. 19.12.2018
4d. ID. 005891387
1387

8. מדינת היהודים 9 הרצליה

1387

9. 18

רשאי לנהוג בדגם 8 עד 4000 סמ"ר בישראל
חייב לשאת עמו מוצרי סוכר בשעת נהיגה

קטגוריות כלי הרכב: Categories of Vehicles

A	A2		
	A1		
	A		
B		 	1956
C	C1		
	C		

IL 005891387

D	D	
	D1	
	D2	
	D3	
E		
1		 1956

Restrictive Conditions of Use
MUST CARRY SUGAR PRODUCTS WHILE DRIVING

005891387

20/12/2016/540

