



המסד הביטוחי
שקיפות. יוזמה. רגישות

המסד הביטוחי לאומי
National Insurance Institute

נפגעי עבודה
סניף רמלה

תאריך: 06/12/21

ת.ז. 05840631-5

לכבוד:
אריאל פרייברג, עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן

הנדון: תביעה לתאונת עבודה 01/05/2018 תמר לוז אברהם

שלום רב,

בהמשך לפנייתך בעניין הנידון, לא הוגשה תביעה בגין תאונה מיום 01/05/2018
עבור הנ"ל.

לידיעה

חגית זכריה
פקיד תביעות מחלקת דמי פגיעה
סניף רמלה

תעודה על-פי תקנות מס הכנסה לשנת 2018

טופס 106

פירוט חודשי עבודה בשנת המס

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ק	ק	ק	ק	ק	ק	ק	ק	ק	ק	ק	ק

סך חודשי עבודה בשנת המס: 12

נאמן למקור

עבור לוז אברהם תמ"ז 58406315

מכתובת ד.ג. מרכז בני עטרות 6099100

אנו מאשרים בזה כי העובד עבד אצלנו בתקופה שצוינה לעיל, וזו שילמנו לו זכויות ממנו על פי הוראות החוק את הסכומים המפורטים לעיל

300 יחידות מס

הכנסות העובד לפקד שומה רמלה

ונערכו ע"פ פקודת ותקנות מס הכנסה

154 מ.א.חבל מודיעין

מודיעים 1 01 שהם 60832

תיק ניכויים: 925005308

מחלקה 8 1 2200

לוז אברהם תמר

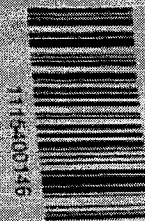
ד.ג. מרכז

בני עטרות 6099100

במקרה של אי מסירה נא להחזיר לכתובת:

154 מ.א.חבל מודיעין מודיעים 1 01 שהם

מחלקה 8 1 2200



סכום ש"ח

80,165

5,876

80,465

5,236

11,051

69,808

7,810

2,330

תאור

משכורת

הפרשים לפי מס שוטף

סה"כ משכורת ותשלומים

סה"כ הפרשות מעסיק לתגמולים

סה"כ הפרשות מעסיק לקצבה כולל פיצויים

הכנסה מבוססת

החזר הוצאות

שכר שעות נוספות

פרשים כלולים בסעיף משכורת

סכום ש"ח

1,650

2,894

4,887

571

תאור

ניכוי בטוח לאומי

מס בריאות

ניכוי גמל 35%

דמי ארגון - הופחת

קופות

הפרשה חייבת	הפרשת מעסיק	שיעור	הפרשה חייבת	הפרשת מעסיק	שיעור	ברוטו	סוג	פירוט
	5,815	8.33		5,236	7.50	69,808	קופה 35% מזכה במס	
				5,236	7.50	69,808	קרן השתלמות 218/219	

מספר ילדים

0

אחוז היטוי

משרה מלאה

אזור פיתוח

ש"ח

בקורות זיכוי

7,128

2.75

שם החותם

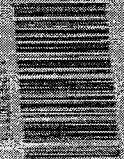
ח. מיכל חשבת שכר

חתימה

25/0

תעודה על-פי תקנות מס הכנסה לשנת 2018
טופס 106

293 תחביר לחסון בחבר
מדיניות 10.01 שנה 73100
ח.ג. נכסים 925300501
מחלקה 6.1 2590



ליוו תמ
הראשונים
בני עמית 6090100
במקרה של אי חסימה כל התחביר והחבר
293 תחביר לחסון בחבר 10.01 שנה
מחלקה 6.1 2590

תשלומים
סעיף
172/158

תאור
מסכמים
הפרשים לתי מס שווק
סר"כ מסכמים ותשלומים
החבר והמגאות
שני שעות מסכות

הפרשים בלורים בסעיף מסכמים

ניכויים
סעיף

תאור
נכסי בלורים לאות
מס ג. אית

פרטים ומסכים
זכות בן זוג

בן זוג עובד

7.125 2.75 ש"ח

אזור פיתוח
מסרה
יפוח

אחת היקון

מספר ילדים פטור

תאריך
25/03/2019

שם החתום
האופ"ל חשבת טכני

והחברה מסכמים
חשבת טכני
החבר לחינוך תרבות וחינוך
באמצעות מרדכי בנ"מ

תעודה על-פי תקנות מס הכנסה לשנת 2019
טופס 106

פירוט חודשי עבורה בשנת המס

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ

סך חודשי עבורה בשנת המס: 12

נאמן למקור

293 החברה לחינוך בחבל

מזדעים 10 01 שהם 73100

תיק ניכויים 925300501

מחלקה 8 1 2500

לוח תמרי

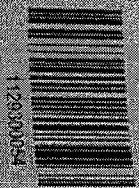
הראשונים

בני עסרות 6099100

במקרה של אי מסירה נא להחזיר לכתובת:

293 החברה לחינוך בחבל מזדעים 10 01

מחלקה 8 1 2500



עבור לה תמרי ח 58406315
מכתובת הראשונים בני עסרות 6099100
אם מאשרים בזה, כי העובד עבד אצלנו בתקופה
שצויינה לעיל, וכי שלמנו לו וניכנו ממנו על פי הוראות
החוק את הסכומים המפורטים לעיל
300 יחידות מס
הניכויים הועברו לפקיד שומה המלח
וועדנו על פקודה ותקנת מס הכנסה

סכום ש"ח

41,778

2,318

41,778

41,778

5,647

12,367

80,671

5,578

תאור

משכורת

הפרשים לפי מס שוטף

סה"כ משכורת ותשלומים

שכר חייב בדמי ב"ל

סה"כ הפרשות מעסיק לתגמולים

סה"כ הפרשות מעסיק לקצבה כולל פיצויים

הכנסה מבטחת

החזר הוצאות

תשלומים

סעיף

172/158

17

249/248

245/244

* ההפרשים כלולים בסעיף משכורת

סכום ש"ח

364

1,351

5,244

תאור

ניכוי בטוח לאומי

מס בריאות

ניכוי גמל 35%

ניכויים

סעיף

86/45

פירוט קופות

שם קופה	סוג	ברוטו	שיעור	הפרשת מעסיק	הפרשת חייבת	שיעור	הפרשת מעסיק	הפרשת חייבת	פיצויים
אלטשולר פנסיה מקיפה	קופה 35% מזכה במס	80,671	7.00	5,647	2,429	8.33	6,720	3,146	
קרן השתלמות רשויות	קרן השתלמות 218/219	29,525	7.50	2,214					

פרטים נוספים

זהות בן זוג	בן זוג עובד	נקודות זיכוי	אזור פיתוח	משרה	אחוז היעון	מספר ילדים	זיכויים	פסור	חבר קיבוץ
		2.75	7,194 ש"ח	יזמית		0			לא

חתימה

שם החותם

תהילה מסטי חשבת שכר

תאריך

09/06/2020

תאריך 25/5/18

לכבוד

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

רח' אלנבי 115

תל אביב

הנדון: הצהרת התובע בדבר נאותות החשבונית/ הקבלה שהועברה לחברתנו

מספר תביעה

מספר פול 864776371088

ת.ד. מיום 8/5/17

שם המבוטח/ צד ג' ח.א.א. - אס"כ

אני, (שם התובע) ד"ר ש' ח' ת. 58406318 מצהיר בזאת כי הסכום הסופי לתשלום המופיע בחשבונית/ בקבלה שהעברתי לחברתכם אותו אני דורש כפיצוי, הינו הסכום ששילמתי בפועל למוסד וכי לא קיבלתי כל הנחה בקשר לתיקון הנוק.

חוקימת התובע

משרד ראשי, רח' אלנבי 115, תל אביב, 61008
מוקד שירות לקוחות ארצי: 03-7107777
פקס: 03-7107788 www.menoramivt.co.il



לכבוד :
א"י.די.איי. חברה לביטוח בע"מ
אגף שירות - מחלקת תביעות
אפעל 35, פתח תקווה 49511

דרישת צד ג' לפיצוי בגין ירידת ערך רכב

מספר תביעה _____

מספר הרכב 24-821-52 דגם הרכב קיה פיקנטו
שנת ייצור 2013 מספר הקילומטרים שעברה המכונית כ- 83,741
אם אינך הבעלים - ציין מי הבעלים הרשום ומה הקרבה ביניכם _____

בעלים קודמים:

מספר בעלים קודמים לרכב _____
האם בעבר היה הרכב:

- בבעלות חברה פרטית או ציבורית: ☒ כן ☐ לא פרט: _____
- בבעלות חברת השכרת רכב: ☒ כן ☐ לא פרט: _____
- בבעלות בית-ספר לנהיגה: ☒ כן ☐ לא פרט: _____
- שימש כמונית / כרכב סוור ותיור: ☒ כן ☐ לא פרט: _____
- האם הרכב נקנה במכרז? ☒ כן ☐ לא פרט: _____

תאונות ונדקים לרכב בעבר:

האם הרכב ניזוק בעבר? ☒ כן ☐ לא אם כן, אנו פרט בטבלה הנ"ל:

מועד קרות הנזק	מוקדי הפגיעה ברכב	גובה הפיצוי ששולם	שיעור ירידת הערך שנקבע ע"י שמאי (%)	שם חברת הביטוח שפיצתה	שולם פיצוי בגין ירידת ערך לרכב	שם השמאי שקבע את שיעור ירידת הערך
					כן	לא
					כן	לא
					כן	לא

מצ"ב תצלום רישיון הרכב

אני הח"מ _____ מצהיר בזאת כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומדויקים.

שם: _____ חתימה: _____



איר.איי. חברה לביטוח בע"מ, רח' אפעל 35, קריית ארית, פתח תקווה 49511, טל: 03-5555555, www.555.co.il
מספרי פקס-שירות: 03-9144501, מכירות: 03-9144502, תביעות: 03-9144511, ח"מ: 03-9144504, מימנים: 03-9144509



מתאריך	עד תאריך	חודשים	מעמד	שם פרטי המדווח	הערה
01/06/2000	30/06/2000	1	עובד	משרד החנוך והתרבות מחוז תא	
01/06/2000	30/06/2000	1	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/09/2000	30/11/2000	3	עובד	משרד החנוך והתרבות מחוז תא	
01/09/2000	30/11/2000	3	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/09/2000	31/08/2001	12	תלמיד להשכלה גבוהה	אוניברסיטת ת"א	
01/09/2000	31/08/2001	12	תלמיד להשכלה גבוהה	מכללת רמת-גן	
01/06/2001	30/06/2001	1	עובד	משרד החנוך והתרבות מחוז תא	
01/06/2001	30/06/2001	1	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/10/2001	30/06/2002	9	עובד	משרד החנוך והתרבות מחוז תא	
01/10/2001	30/06/2002	9	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/03/2002	31/03/2002	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/06/2002	30/06/2002	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/09/2002	30/09/2002	1	עובד	משרד החנוך והתרבות מחוז תא	
01/09/2002	30/09/2002	1	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/11/2002	31/12/2002	2	עובד	משרד החנוך והתרבות מחוז תא	
01/11/2002	31/03/2003	5	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/05/2003	31/05/2003	1	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/02/2004	31/03/2004	2	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/10/2004	31/10/2004	1	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/04/2008	31/07/2008	4	עובד	עמותה לגיל הרך מודיעין	
01/05/2008	30/06/2008	2	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/09/2008	31/07/2010	23	עובד	עמותה לגיל הרך מודיעין	
01/01/2009	31/01/2009	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/03/2009	31/03/2009	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/07/2009	31/07/2009	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/09/2010	26/04/2016	68	עובד	גל העתיד בעמ	
01/10/2010	30/11/2010	2	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/01/2011	31/01/2011	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/01/2013	31/12/2016	48	בעל הכנסה ל"ע		
01/06/2016	31/07/2016	2	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/07/2016	28/02/2017	8	עובד	גל העתיד בעמ	
01/09/2016	31/05/2017	9	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/01/2017	31/08/2017	8	עובד	החברה לחינוך תרבות ופנאי בחב	
01/06/2017	30/06/2017	1	עובד	גל העתיד בעמ	
01/07/2017	31/07/2017	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/08/2017	31/08/2017	1	עובד	גל העתיד בעמ	
01/10/2017	31/12/2017	3	עובד	גל העתיד בעמ	
01/11/2017	14/03/2020	29	עובד	החברה לחינוך תרבות ופנאי בחב	
01/11/2017		50	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/02/2018	28/02/2018	1	עובד	גל העתיד בעמ	
01/04/2020	30/04/2020	1	עובד בחל"ת	החברה לחינוך תרבות ופנאי בחב	
01/05/2020	31/10/2020	6	עובד	החברה לחינוך תרבות ופנאי בחב	
01/10/2020	28/02/2021	5	עובד בחל"ת	החברה לחינוך תרבות ופנאי בחב	



מתאריך	עד תאריך	חודשים	מעמד	שם פרטי המדווח	הערה
01/03/2021		10	עובד	החברה לחינוך תרבות ופנאי בחב	

לתשומת לבך :

- 1 - תקופות עיסוק בהן לא מופיעים פרטי המדווח, נלקחות אף הן בחשבון במניין תקופות העיסוק.
- 2 - מתחת לגיל 18

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

פרטי המדווחים:

תיק מעביד	שם המעביד	כתובת	טלפון
92500549800	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	בני עטרות 6099100	054-7339458
93036848500	רטפון אימפורט בעמ/יבוא ושווק	המלאכה 2, אזור תעשיה צפוני לוד 7152004	03-6871937
92500530800	מועצה אזורית חבל מודיעין	מודיעים 10 שוהם ד.נ. ד נ מרכז רמלה 6083210	03-9722826
92504573400	מולק שלמה / מסחר	-	-
93078048100	לב מנוע בעמ	אלטלף אברהם 15 יהוד-מונוסון 5621600	03-3762222
92403468900	יורשי העסק של יצחק שאלתיאל ז	-	-
94187067700	משרד החנוך והתרבות - פקידים	שבטי ישראל 29 ירושלים 9510552	02-2292778
93529543600	י.פינקל בע"מ	מוהליבר 2 ב יהוד-מונוסון 5620901	03-5366408
92509431000	חי סחר שיווק ק.ר בעמ	טירת יהודה 7317500	03-5101133
94187076800	משרד החנוך והתרבות מחוז תא	-	-
589931187	אוניברסיטת ת"א	03-6406219	03-6406219
580180412	מכללת רמת-גן	03-6710000	03-6710000
92508334700	עמותה לגיל הרך מודיעים	מאז" מודיעין מרכז ד.נ. מרכז רמלה שוהם ד.נ. ד נ מרכז	03-9722883
92416627500	גל העתיד בעמ	ים המלח 6 גני תקווה 5592506	09-7778842
92530050100	החברה לחינוך תרבות ופנאי בחב	ד.נ. מרכז שהם, חבל מ שוהם	03-9722825

הערות:

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

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

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



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

שדרות וייצמן 13 כיכר גיורא לוטן

ת.ד. 90009 ירושלים 9543707

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

פקס: 02-5381238

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

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

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



סניף: רמלה
טלפון: *6050 04-8812345

י"ב בטבת, תשפ"ב
16 בדצמבר 2021
מספר תיק: 05840631-5

לכבוד
גב' לוז אברהם תמר
בני עטרות
בני עטרות 6099100

אישור זכאות - דמי אבטלה

הרינו מאשרים בזאת כי היית זכאית לדמי אבטלה בשנת האבטלה שהתחילה בתאריך 01/03/20 עד תאריך 31/12/21.

חודש	ימי תשלום	דמי אבטלה ברוטו
02/21	21	1,870
01/21	26	2,315
12/20	27	2,404
11/20	26	2,315
10/20	26	2,315
09/20	11	979
08/20	0	0
05/20	14	1,247
04/20	26	2,315
03/20	10	890

187

סה"כ ימי תשלום:

בכבוד רב,

המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים. יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון: שינוי במצב המשפחתי או הכנסות. אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



טלפון: 04-8812345-6050*

י"ב בטבת, תשפ"ב
16 בדצמבר 2021
מספר זהות: 58406315

לכבוד
תמר לוז אברהם
בני עטרות 5
בני עטרות 6099100

אישור זכאות לגמלאות לתקופה מ-01/2018 ועד 12/2018

הריני לאשר כי לגברת לוז אברהם תמר מספר זהות 58406315 לא הייתה זכאות לגמלה מהמוסד לביטוח לאומי בתקופה הנ"ל, זאת בהסתמך על הנתונים הקיימים למועד הפקת האישור בתאריך 16/12/2021.

הערה:

האישור אינו כולל מידע על זכאות לקצבת ילדים.

אישור זה תקף למועד הפקתו בתאריך 16/12/2021 ואינו מהווה אסמכתא לתשלום או אי תשלום גמלה לבן/בת הזוג של הנ"ל.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

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

אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



טלפון: 6050 04-8812345*

י"ב בטבת, תשפ"ב
16 בדצמבר 2021
מספר זהות: 58406315

לכבוד
תמר לוז אברהם
בני עטרות 5
בני עטרות 6099100

אישור זכאות לגמלאות לתקופה מ-01/2019 ועד 12/2019

הריני לאשר כי לגברת לוז אברהם תמר מספר זהות 58406315 לא הייתה זכאות לגמלה מהמוסד לביטוח לאומי בתקופה הנ"ל, זאת בהסתמך על הנתונים הקיימים למועד הפקת האישור בתאריך 16/12/2021.

הערה:

האישור אינו כולל מידע על זכאות לקצבת ילדים.

אישור זה תקף למועד הפקתו בתאריך 16/12/2021 ואינו מהווה אסמכתא לתשלום או אי תשלום גמלה לבן/בת הזוג של הנ"ל.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

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

אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



סניף: רמלה
טלפון: *6050

י"ב בטבת, תשפ"ב
16 בדצמבר 2021
מספר זהות: 58406315

לכבוד
גבי לוז אברהם תמר
בני עטרות 5
בני עטרות 6099100

הנדון: תקופות עיסוק

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

מ.ת.א.ר.י.ד.	ע.ד. ת.א.ר.י.ד.	חודשים	מעמד	שם פרטי המדווח	הערה
01/07/1979	31/05/1980	11	עובד	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	2
01/07/1980	31/08/1980	2	עובד	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	2
01/04/1981	30/06/1981	3	עובד	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	2
01/08/1981	30/09/1981	2	עובד	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	2
01/12/1981	31/12/1981	1	עובד	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	
01/10/1982	31/10/1986	49	עובד	אין מידע	1
01/10/1982	31/03/1984	18	עובד	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	
01/04/1983	30/04/1983	1	עובד	רטפון אימפורט בעמ/יבוא ושוק	
01/01/1984	31/01/1984	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/07/1984	30/11/1984	5	עובד	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	
01/02/1985	31/03/1985	2	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/06/1986	31/10/1986	5	עובד	מולק שלמה / מסחר	
01/09/1989	31/12/1990	16	עובד	אין מידע	1
01/09/1989	31/03/1990	7	עובד	לב מנוע בעמ	
01/03/1990	30/06/1990	4	עובד	יורשי העסק של יצחק שאלתיאל ז	
01/07/1990	31/12/1990	6	עובד	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	
01/06/1991	30/06/1991	1	עובד	יורשי העסק של יצחק שאלתיאל ז	
01/08/1992	31/12/1992	5	עובד	אין מידע	1
01/08/1992	31/12/1992	5	עובד	יורשי העסק של שאול אילן ז"ל	
01/01/1993	31/12/2012	240	עצמאי		
01/10/1996	31/10/1996	1	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/12/1996	31/12/1996	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/01/1997	31/07/1997	7	עובד	י. פינקל בע"מ	
01/12/1997	31/01/1999	14	עובד	חי סחר שיווק ק.ר בעמ	
01/12/1998	28/02/1999	3	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/07/1999	31/07/1999	1	עובד	מועצה אזורית חבל מודיעין	
01/09/1999	30/09/1999	1	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/11/1999	31/12/1999	2	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	
01/02/2000	29/02/2000	1	עובד	משרד החנוך והתרבות מחוז תא	
01/02/2000	29/02/2000	1	עובד	משרד החנוך והתרבות - פקידים	

28/10/21
12:13 PM
1

מור
רפואה מתקדמת בשבילך

עוסק מורשה לענין מע"מ מס' 510709140

תאריך חשבונית : 28/10/21
סימונכם : 10150185

עוסק לקוח : 066630930

לכבוד

אריאל פרייברג עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן

חשבונית מס קבלה מס' 80113838 *** מ ק ו ר ***

עבור המצאת מסמכים רפואיים, פרוט בנספח לחשבונית :

מספר דרישה	מחוז	סכום הדרישה	סכום תשלום
623038	מחוז - דן פ"ת	112.00	95.73
סה"כ לחשבונית 95.73			
17% מע"מ 16.27			
=====			
סה"כ שולם 112.00			

פרטי התשלום

סוג	בנק/סניף	מס' שובר/ מס' חשבון מושך/כרטיס	מספר תאריך תשל. פרעון	סכום בש"ח
1. אשראי	61-ויזה R	9280K12/1494421	1 28/10/21	112.00

28/10/21	12:13 PM
חברה :	R ויזה
מספר כרטיס :	9280
מספר קופה :	1
מספר עסקה :	K12/1494421
סוג עסקה :	
סוג אשראי :	אשראי רגיל
מטבע :	IS-0
סכום :	112.00
אישור :	0390864
טלפון :	
חתימה :	

תשלום עבור מסמכים רפואיים

שם המשלם אריאל פרייברג ת.ז. 066630930 טלפון- 054-6544930

מור
רפואה מתקדמת בשבילך
מור המכון למידע רפואי-רשומות רפואיות

מור המכון למידע רפואי-רשומות רפואיות

מסמך זה, מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

28/10/21
12:13 PM
1
מור
הוד
ועה
מס'
רפואה מתקדמת בשבילך

עוסק מורשה לענין מע"מ מס' 510709140

28/10/21 : תאריך חשבונית
10150185 : סימונכם
עוסק לקוח : 066630930

לכבוד

אריאל פרייברג עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן

נספח לחשבונית מס קבלה מס' 80113838

להלן פירוט לחשבונית הנ"ל :

שם הלקוח	תעודת זיהוי	מספר דרישה	מחוז	סכום הדרישה	סכום תשלום
תמר לוז אברהם	58406315	623038	מחוז - דן פ"ת	112.00	95.73
				סה"כ	95.73
				17% מע"מ	16.27
				סה"כ שולם	112.00

תשלום עבור מסמכים רפואיים

שם המשלם אריאל פרייברג ת.ז. 066630930 טלפון - 054-6544930

בכבוד רב

מור המכון למידע רפואי-רשומות רפואיות

מסמך זה, מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עוסק מורשה לענין מע"מ מס' 510709140

04/01/22 11:39 AM 1
מור
 תאריך חשבונית : 04/01/22
 סימוןכם : 10150185
 עוסק לקוח : 066630930

לכבוד

אריאל פרייברג עו"ד
 אבא הלל 7
 רמת גן

חשבונית מס קבלה מס' 80115898 *** מקור ***

עבור המצאת מסמכים רפואיים, פרוט בנספח לחשבונית :

מספר דרישה	סכום חייב במע"מ	סכום לא חייב במע"מ	סכום תשלום
631051	43.59	60.00	103.59
631099	87.18	120.00	207.18
סה"כ לחשבונית	130.77	180.00	310.77
17% מע"מ	22.23		22.23
סה"כ שולם	153.00	180.00	333.00

פרטי התשלום

סוג	בנק/סניף	מס' שובר/מס' חשבונית מושך/כרטיס	מספר תאריך תשלום פרעון	סכום בש"ח
1. אשראי	64-אמקס R	2215K12/1513111	04/01/22 1	333.00

04/01/22	11:39 AM
חברה :	אמקס R
מספר כרטיס :	2215
מספר קופה :	1
מספר עסקה :	K12/1513111
סוג עסקה :	
סוג אשראי :	אשראי רגיל
מטבע :	IS-0
סכום :	333.00
אישור :	2822871
טלפון :	
חתימה :	

תשלום עבור מסמכים רפואיים

שם המשלם אריאל פרייברג ת.ז. 066630930 טלפון- 054-6544930

מור המכון למידע רפואי בע"מ
 בכבוד רב
 חשבונית מס' 80115898

מור המכון למידע רפואי-רשומות רפואיות

מסמך זה, מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עוסק מורשה לענין מע"מ מס' 510709140

04/01/22 תאריך חשבונית :
11:39 AM סימוןכם :
1 רפואה מתקדמת בשבילך

04/01/22 : תאריך חשבונית
10150185 : סימוןכם

066630930 : עוסק לקוח :

לכבוד

אריאל פרייברג עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן

נספח לחשבונית מס קבלה מס' 80115898

להלן פירוט לחשבונית הנ"ל :

שם הלקוח	תעודת זיהוי	מספר דרישה	סכום חייב במע"מ	סכום לא חייבסכום הדרישה
תמר לוז אברהם	58406315	631051	43.59	103.59
תמר לוז אברהם	58406315	631099	87.18	207.18
		סה"כ	130.77	310.77
		17% מע"מ	22.23	22.23
		סה"כ שולם	153.00	333.00
			180.00	180.00

תשלום עבור מסמכים רפואיים

שם המשלם אריאל פרייברג ת.ז. 066630930 טלפון - 054-6544930

בכבוד רב

מור המכון למידע רפואי-רשומות רפואיות

מסמך זה, מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה.



מסמך זה ו/או צרופותיו מכילים מידע חסוי המוגן על פי החוק. אין לעשות שימוש במידע זה - המוסרו שלא כדין, עובר עבירה "מור" - המכון למידע רפואי בע"מ, מחלקת תיעוד ורשומות

חסוי אישי

תאריך: 23/12/2021
עוסק מורשה: 510709140

לכבוד - אריאל פרייברג ע"ד
אבא הלל 7
רמת גן 5252204

טל: 03 7412358, פקס: 077 3180983

הנדון: דרישת תשלום מספר 631099

שלום רב,

בהמשך לפנייתכם בדבר מסירת מידע רפואי שהגיע אלינו בענין:

שם מטופל	ת.ז.	אסמכתא	מס' דרישה	מחוז	תיק מבוקש	יחידה	שם רופא	יתרה לתשלום
לז אברהם תמר	5840631/5		95347/2021 (2)	מחוז דן פתח-תקוה	אורטופדי	מרפאת קריית אונו מקצועית		111.00
לז אברהם תמר	5840631/5		95347/2021 (3)	מחוז דן פתח-תקוה	נוירולוגיה	מרפאת הקונקורד	קובלב אלה	111.00

סה"כ לתשלום: 222.00 ש"ח

הנכם מתבקשים לשלוח אלינו את התשלום באחת מהאפשרויות הבאות:

1. כרטיס אשראי, בקופת המוסד. טלפון: 03-5772700 או 03-5772772.
2. מזומן.
3. צ'ק לפקודה: מכון מור.

*עם קבלת התשלום, הבקשה תעובר להמשך טיפול, והחומר יישלח אליכם בצירוף קבלה.
*יש להעביר את התשלום לא יאוחר מיום 02/01/2022.
*נא להציג מכתב זה עם התשלום.

בברכה,

ורד סהלו
טל: 03-5772789
היחידה לתיעוד רפואי

רח' ז'בוטינסקי 7 בני ברק ת.ד. 938 בני ברק 5110802. טל: 03-5772555, פקס: 03-5772504

2 03970

נתוני זכאות

זכאות כ 01 - זכאי
שייכות/הצמדה: מטופל כבר

מס. זהות: 00-05840631-5

פרטים כלליים

שם משפחה: לוז אברהם
שם פרטי: תמר
שם האב: מיכאל
שם האם: אילנה
תאריך לידה: 27/12/1963
גיל: 58.00
מין: נ
מצב משפחתי: נשוי/אה
ארץ לידה: ישראל
מקצוע: מדריכת ח"כ
השכלה: פחות עושה
מקום עבודה: נייד 057-7584294

כתובת

עיר: בני עטרות 448
רחוב: דרך הראשונים
מס' בית: 13
מיקוד: 60991
טלפון בית: 53 - 7755414
טלפון נוסף: 53 - 7755414
טלפון עבודה: 052 - 8693659

Email : tamil4448@walla.co.il

רופא מטפל

שם: ד"ר קליין סמדר

רשיון רופא: 23432

מרפאת אם: מרפאת יהוד 5204

נתונים מנהליים

מקור נתונים: מרשם מצב זהות: 0
ת.עדכון אחרון: 10/01/2001
סטטוס אימות: Y קוד הצמדה: 4
שם משפחה מרשם: לוז אברהם
שם פרטי מרשם: תמר
ת.עדכון כתובת: 11/11/2020
ת.הצטרפות למרפאה: 15/02/1999
הרשאה לחיוב חשבון-אחר: כ אמצעי תשלום: 2
ת.עדכון טלפון: 27/10/2021
ת.הצטרפות לרופא: 15/02/1999
ת.ז. ראש משפחה: 5840631
גורם מבטח: 0 קוד מחוז: 4
מספר דרכון: 00-05840631-5

שם מרפאה: מרפאת קריית אונו מקצועית

תאריך עדכון: 07/08/2018

קוד מרפאה: 9278

רופא מעדכן: ד"ר נמרוד נחמיאס

קוד מחוז: 04

מס רשיון: 38312

לשימוש פנימי

058/01/058/01/01

12:29:11 20/02/2020

רישום ביקורים

גיל המטופל: 56.02

תאריך ביקור: 20/02/2020

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: כאב באגן מקרין בעיקר משמאל מזה תקופה.
ברקע יל"ד.

אינה פעילה פיזי.

ככאב בהגבלה בתנועת כתף שמאל מזה כחוש לאחר טיפול עיסוי רפואי לדבריה

בדיקה גופנית: ללא רגישות בעמ"ש

לסג שלילי

LOG ROLL שלילי, רגישות מעל GT ירך שמאל.

כתף שמאל הגבלה בROM, רגישות בהנעה.

ממצאים ותכנית אבחנתית

קוד	איפיון	אבחנה
7265		TROCHANTERIC BURSITIS/TENDINITIS
L08		SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS
3540	It	CARPAL TUNNEL SYNDROME

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרוט מעבדות
הפניה לפיזיותרפיה	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	H9		הודפס	
הפניה לדימות	78109-צילום כתף מלא דו צדד	H3		הודפס	
הפניה לרפואה יועצת	70082-בדיקת רופא כירורגיה	H1		הודפס	
הפניה לדימות	78001-צילום אגן ופרקי ירכי	H3		הודפס	

מחזורי	עין	P	מ	עד	n	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
		1	P		0	ר	N	יחידה	10	10	C	1	טבליות	TAB	1	ETOPAN 600MG XL (M) TAB 600MG
		1	P		0	ר	N	יחידה	10	10	C	1	קפליות	CPL	1	OMEPRADEx 20MG (14) CPL 20MG

סיכום והמלצות: מעקב רופא מטפל.

משככי כאבים לפי הצורך.

פיזיותרפיה.

יעוץ אורתופד כף יד

צילום

מבנה סיכומי יועץ		
סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
סיכום ביקור	הודפס ונשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	רגילה

זסיכום ישלח ויודפס אוטומטית

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 20/02/2020

שם מרפאה: מרפאת קריית אונו מקצועית

רופא מעדכן: ד"ר גבריאל גוסטבו מרינו

קוד מרפאה: 9278

מס רשיון: 89099

קוד מחוז: 04

לשימוש פנימי

058/01/058/01/01

3 / 2 / 2005

נתוני זכאות

זכאות כ 01 - זכאי
שייכות/הצמדה: מטופל כבר

מס. זהות: 00-05840631-5

פרטים כלליים

שם משפחה: לזז אברהם
שם פרטי: תמר
שם האב: מיכאל
שם האם: אילנה
תאריך לידה: 27/12/1963
גיל: 58.00
מין: נ
מצב משפחתי: נשוי/אה
ארץ לידה: ישראל
מקצוע: מדריכת ח"כ
השכלה: פחות עושה
מקום עבודה: נייד 057-7584294

כתובת

עיר: בני עטרות 448
רחוב: דרך הראשונים
מס' בית: 13
מיקוד: 60991
טלפון בית: 53 - 7755414
טלפון נוסף: 53 - 7755414
טלפון עבודה: 052 - 8693659

Email : tamil4448@walla.co.il

רופא מטפל

שם: ד"ר קליין סמדר

רשיון רופא: 23432

מרפאת אם: מרפאת יהוד 5204

נתונים מנהליים

מקור נתונים: מרשם מצב זהוי: 0
ת.עדכון אחרון: 10/01/2001
סטטוס אימות: Y קוד הצמדה: 4
שם משפחה מרשם: לזז אברהם
תמר
ת.עדכון כתובת: 11/11/2020
ת.הצטרפות למרפאה: 15/02/1999
הרשאה לחיוב חשבון-אחר: כ אמצעי תשלום: 2
ת.עדכון טלפון: 27/10/2021
ת.הצטרפות לרופא: 15/02/1999
ת.ז. ראש משפחה: 5840631
גורם מבטח: 0 קוד מחוז: 4
מספר דרכון: 00-05840631-5

11:53:00 25/08/2005

דף 2

פרטים אישיים
לוז אברהם תמר; ת.ז.: 00-05840631-5

הסכם מיוחד 0 סוג חבר 0 סוג פטור מגביה 0
מתג אינטרנט: כ

סוג ביטוח (ביטוח משלים): 7 ת.הצטרפות לביטוח: 28/07/2008

12:14:00 11/01/2016

רישום ביקורים

גיל המטופל: 52.00

תאריך ביקור: 11/01/2016

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בת 52 ש בתאריך 07/09/2015 ש הייתה מעורבת בתאונת דרכים- רכב השני פגע מאחור- עשתה תנועות של ראשה וצוואר קדימה - אחורה
מאז מצינת חוסר שיווי משקל, מזה כשבוע סובלת מהתקפים של כאבים עזים בפנים משמאל - הם מתחילים בלסת עליונה ומתפשטים ללחי, לעין ולאוזן, כאבים די קצרים
מצינת טריגרים לכאב כגון בליעה, דיבור, לעיסה ועוד

בדיקה גופנית: בהכרה אין קשיון עורף אישונים שווים תנועות עיניים מלאות אין דיפלופיה פנים סימטריים גג קיים דיבור תקין תחושת פנים תקינה כח גס שמור טונוס תקין החזרים שווים אין סימנים פירמידליים רומברג שלילי הליכה כולל TANDEM GAIT
תקינה אין LUMB ATAXIA
מופנית ל-CT מח עם ח.ג.
T TEGRETOL 200 MG * 3/D - הוסבר על עלייה הדרגתית

קוד	איפיון	אבחנה
3501	It	TRIGEMINAL NEURALGIA road accident_07/09/2015 y

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס	פרוט מעבדות
הפניה לדימות	CT-78073-ט.מ. ראש	H3		הודפס	

מחזורי	עין	P	מ	עד	ח	ק	נ	OP	סה"כ	משך	D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
	1	P			0	R	N	U	40	20	C	2	טבליות	TAB	1	TEGRETOL CR 200MG TAB 200MG

פעולות	קוד	כמות
152 פתיחת תיק	152	1

מבנה סיכומי יועץ

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

פרטי עדכון

תאריך עדכון: 11/01/2016

שם מרפאה: מרכז לרפואה מקצועית קונקורד

12:14:00 11/01/2016

דף 3

רישום ביקורים
לוז אברהם תמר; ת.ז.: 00-05840631-5

קוד מרפאה: 3899
קוד מחוז: 04

רופא מעדכן: דר' קובלוב אלה
מס רשיון: 24288

לשימוש פנימי

032/01/032/01/01



מסמך זה ו/או צרופותיו מכילים מידע חסוי המוגן על פי החוק. אין לעשות שימוש במידע זה - המוסרו שלא כדין, עובר עבירה "מור" - המכון למידע רפואי בע"מ, מחלקת תיעוד ורשומות

חסוי אישי

תאריך: 23/12/2021

עוסק מורשה: 510709140

לכבוד - אריאל פרייברג עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן 5252204

טל: 077 3180983, פקס: 03 7412358

הנדון: דרישת תשלום מספר 631051

שלום רב,

בהמשך לפנייתכם בדבר מסירת מידע רפואי שהגיעה אלינו בענין:

שם מטופל	ת.ז.	אסמכתא	מס' דרישה	מחוז	תיק מבוקש	יחידה	שם רופא	יתרה לתשלום
לוז אברהם תמר	5840631/5		95347/2021 (1)	מחוז דן פתח-תקוה	אף אוזן גרון	מרפאת יהוד	פופוביץ' ברניסלב	111.00

סה"כ לתשלום: 111.00 ש"ח

הנכם מתבקשים לשלוח אלינו את התשלום באחת מהאפשרויות הבאות:

1. כרטיס אשראי, בקופת המוסד. טלפון: 03-5772700 או 03-5772772.
2. מזומן.
3. צ'ק לפקודה: מכון מור.

*עם קבלת התשלום, הבקשה תעובר להמשך טיפול, והחומר יישלח אליכם בצירוף קבלה.
*יש להעביר את התשלום לא יאוחר מיום 02/01/2022.
*נא להציג מכתב זה עם התשלום.

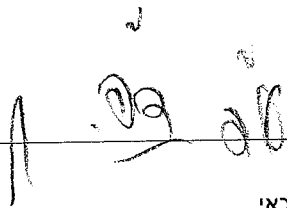
בברכה,

ורד סהלו

טל: 03-5772789

היחידה לתיעוד רפואי

רח' ז'בוטינסקי 7 בני ברק ת.ד. 938 בני ברק 5110802. טל: 03-5772555, פקס: 03-5772504



נתוני זכאות

זכאות כ 01 - זכאי
שייכות/הצמדה: מטופל כבר

מס. זהות: 00-05840631-5

פרטים כלליים

שם משפחה: לזו אברהם
שם פרטי: תמר
שם האב: מיכאל
שם האם: אילנה
תאריך לידה: 27/12/1963
גיל: 57.11
מין: נ

מצב משפחתי: נשוי/אה
ארץ לידה: ישראל

מקצוע: מדרכת ח"כ
השכלה: פחות עושה
מקום עבודה: נייד 057-7584294

כתובת

עיר: בני עטרות 448
רחוב: דרך הראשונים
מס' בית: 13
מיקוד: 60991

טלפון בית: 7755414 - 53
טלפון נוסף: 7755414 - 53
טלפון עבודה: 8693659 - 052

Email : tamil4448@walla.co.il

רופא מטפל

שם: ד"ר קליין סמדר

רשיון רופא: 23432

מרפאת אם: מרפאת יהוד 5204

נתונים מנהליים

מקור נתונים: מרשם מצב זהוי: 0
ת.עדכון אחרון: 10/01/2001
קוד הצמדה: 4 Y סטטוס אימות: 0
שם משפחה מרשם: לזו אברהם
שם פרטי מרשם: תמר
ת.עדכון כתובת: 11/11/2020
ת.הצטרפות למרפאה: 15/02/1999
הרשאה לחיוב חשבון-אחר: כ אמצעי תשלום: 2
ת.עדכון טלפון: 27/10/2021
ת.הצטרפות לרופא: 15/02/1999

ת.ז. ראש משפחה: 5840631
גורם מבטח: 0
קוד מחוז: 4
מספר דרכון: 00-05840631-5

א
אברהם תמר

נתוני זכאות

זכאות כ 01 - זכאי

מס. זהות: 00-05840631-5

פרטים כלליים

שם משפחה: לוז אברהם

שם פרטי: תמר

שם האב: מיכאל

שם האם: אילנה

תאריך לידה: 27/12/1963

גיל: 57.06

מין: נ

כתובת

עיר: בני עטרות 448 טלפון בית: 53 - 7755414

רחוב: דרך הראשונים טלפון נוסף: 53 - 7755414

מס' בית: 13

מיקוד: 60991

רופא מטפל

שם: דר' קליין סמדר

רשיון רופא: 23432

מרפאת אם: יהוד 5204

נתונים מנהליים

מקור נתונים: מרשם

סטטוס אימות: Y

ת. עדכון כתובת: 11/11/2020

ת. הצטרפות למרפאה: 15/02/1999

הרשאה לחיוב חשבון-אחר: כ אמצעי תשלום: 2

ת. עדכון טלפון: 21/11/2020

ת. הצטרפות לרופא: 15/02/1999

ת.ז. ראש משפחה: 5840631

גורם מבטח: 0 קוד מחוז: 4

מספר דרכון: 00-05840631-5

הסכם מיוחד 0 סוג חבר 0 סוג פטור מגביה 0

מתג אינטרנט: כ



מרכז רפואי רמת אביב
Ramat Aviv Medical Center
מחלקת ראשונה ברפואה

מרכז רפואי
NOR MED

תוצאת בדיקת הולטר לב

תאריך בדיקה: 26/07/2018

שם הנבדק: אברהם תמי

ת.ז. נבדק: 058406315

רופא מפענח: דר' צ'ובדי

סה"כ שעות הקלטה: 24:52 שעות

הקצב הבסיסי: סינוס

מהירות מינימלית: 61 לדקה
מהירות מקסימלית: 118 לדקה
מהירות ממוצעת: 79 לדקה

הפרעות חדריות, PVC'S: בכמות לא משמעותית, 603 בהקלטה

הפרעות קצב על חדריות APC'S: בכמות נדירה, 12 בהקלטה
2 צורות של טכיקרדיה אטריאלית, עד מהירות של 121 לדקה

דוח הולטר קרדיולוגי
מרכז רפואי רמת אביב
מוקד פענוח - בת ימן

Patient Name	אברהם תמי 3201688	Analysis Date	:
Date of Birth	:	Physician	:
Sex	Age :	Hospital	:
Patient No.	058406315	Ward	:
Recording Date	26/07/2018	Analyzer	: PDigital V9.019
Recording Length	24 hrs 52 mins	Recorder Number	: 00034573

Analysis Summary :

Normal Beat Total	:	118494
APB's	:	12
SVTs	:	2
		longest 4 beats at +04:34
		fastest 121 bpm at +04:34

Ventricular Total	: 603	avg 24 /hr	0.5 % of total
VPB's	: 562	avg 22 /hr	0.5 % of total
Couplets	: 0		
Triplets	: 0		
V-RUN	: 0		
VTs	: 0		

Bradycardia	: 0
Dropped Beats	: 0
Pauses	: 0

Maximum Heart Rate	: 118 bpm at +08:55 (1 min Avg)
Minimum Heart Rate	: 61 bpm at +01:26 (1 min Avg)
QRS Total	: 119405
Paced Beats	: 0

Comments :

Signed



מרכז רפואי רמת אביב

Ramat Aviv Medical Center

מר מרדכי בנ"מ
MOR MED LTD.

מחלקת ראשונה ברפואה

הפרעות הולכה : אין

שינויים משמעותיים בקטע ST : אין

בכבוד רב: ד"ר צ'ובדי רוני

קרדיולוג

מ.ר. 18169 , מ.ר.מ. 11048



תאריך הדפסה: 8 אוקטובר, 2018

סניף מור בני ברק
התחידה לטומוגרפיה ממוחשבת (C.T.)

טלפון: 03 - 5772555

תוצאות בדיקת C.T.

ת.ז. : 058406315

שם נבדק/ת : לנו אברהם , תמר
 תאריך בדיקה 14/09/2018

לנבדק/ת- יש להעביר את תוצאות הבדיקה בהקדם אל הרופא/ה המפנה/המטפלת/ לצורך המשך טיפול ומעקב.
 יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לביצוע בדיקה חדשה.

דרי"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסדו שלא כדיון עובר עבירה.

עמוד 2 מתוך 2



ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, 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

תזכורת -
נא להדפיס בקנה

22.9.21

מ.ל.ב.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי - יבנשלים
מחלקת נפגעי עבודה
מרחוב בן שטח 4, ירושלים

א.ג.ג.,

S.12.21

נא להדפיס בקנה
והוא חתום

הנדון: תמר אברהם לוז, ת.ז. 058406315
תאונה מיום 01/05/2018

1. הריני מייצג את מרשתי בעניין התאונה שבנדון.

2. על כן, אודה לקבלת העתק תיקה המלא (דמי פגיעה), לרבות התייעוד הרפואי ותלושי השכר שהוגשו בגין התאונה האמורה.

3. לטיפולכם המסור והמהיר אודה.

*רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשתי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות <u>051406345</u>	שם פרטי <u>חגי</u>	שם משפחה <u>אורן / איראן</u>
טלפון	מיקוד	עיר <u>יבנה 66707</u>	מס' רחוב <u>13</u>

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- ד"ר אילן שריר (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות 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 הבריאות 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 האב _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 9.7.20 עד לחתימה ומס' 62254 חתימה: _____ X

**מתאים למקור
אריאל פרינרג, עו"ד**

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, מס' _____, מרחוב _____, להיות באי כוחי במשפט של
ת.ז. מס' _____, מרחוב _____, להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ נגד
בענין תאונת דרכים מיום _____
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 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 רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם 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 9 לחודש 7 שנה 20

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

נר"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון 62254
עורך-דין

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 05/12/2021 16:42
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	05/12 16:41
FAX NO./NAME	089777317
DURATION	00:01:05
PAGE(S)	04
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV
 IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
 יגאל רסקין, 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

המכתב -
 נסא רשמי דיוק

22.9.21

מ.ל.ב.

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי - גבעתיים
 מחלקת נפגעי עבודה
 מרחוב בן שטח 4, ירושלים

א.ג.נ.,

הנדון: תמר אברהם לוז, ת.ז. 058406315
 תאונה מיום 01/05/2018

1. הריני מייצג את מרשתי בעניין התאונה שבנדון.
 2. על כן, אודה לקבלת העתק תיקה המלא (דמי פגיעה), לרבות התיעוד הרפואי ותלושי השכר שהוגשו בגין התאונה האמורה.
 3. לטיפולכם המסור והמהיר אודה.
- *רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשתי.

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

מ.ל.ב.

23/11/21

לכבוד
קופת חולים כללית
יחידה לתיעוד רפואי
בפקס: 03-5772504

א.ג.ג.,

הנדון: תמר אברהם לוז ת.ז. 058406315

1. בהמשך למכתבי שילמתי וקיבלתי את תיק הפיזיותרפיה בעניינה של מרשתי.
2. כפי שציינתי בשיחתנו הטלפונית, אודה לקבלת התיעוד הרפואי האורתופדי, הנוירולוגי והאף, אוזן וגרון.
3. טופס יפוי כח ווס"ר מצוי כבר ברשותכם.


בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 02/12/2021 19:20
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	02/12 19:19
FAX NO. /NAME	5772504
DURATION	00:00:21
PAGE(S)	01
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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

23/11/21

מ.ל.ב.

לכבוד
 קופת חולים כללית
 יחידה לתיעוד רפואי
בפקס: 03-5772504

א.ג.נ.,

הנדון: תמר אברהם לוז ת.ז. 058406315

1. בהמשך למכתבי שילמתי וקיבלתי את תיק הפיזיותרפיה בעניינה של מרשתי.

2. כפי שציינתי בשיחתנו הטלפונית, אודה לקבלת התיעוד הרפואי האורתופדי, הנוירולוגי והאף, אוזן וגרון.

3. נופס יפוי כת ווס"ר מצוי כבר ברשותכם.



מסמך זה ו/או צרופותיו מכילים מידע חסוי המוגן על פי החוק. אין לעשות שימוש במידע זה - המוסרו שלא כדין, עובר עבירה "מור" - המכון למידע רפואי בע"מ, מחלקת תיעוד ורשומות

חסוי אישי

תאריך: 07/10/2021

עוסק מורשה: 510709140

לכבוד - אריאל פרייברג עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן 5252204

טל: 03 7412358, פקס: 077 3180983

הנדון: דרישת תשלום מספר 623038

שלום רב,

בהמשך לפנייתכם בדבר מסירת מידע רפואי שהגיעה אלינו בענין:

שם מטופל	ת.ז.	אסמכתא	מס' דרישה	מחוז	תיק מבוקש	יחידה	שם רופא	יתרה לתשלום
לוז אברהם תמר	5840631/5		71783/2021 (1)	מחוז דן פתח-תקוה	פיזיותרפיה	קרית אונו פיזיותרפיה		112.00

סה"כ לתשלום: 112.00 ש"ח

הנכם מתבקשים לשלוח אלינו את התשלום באחת מהאפשרויות הבאות:

1. כרטיס אשראי, בקופת המוסד. טלפון: 03-5772700 או 03-5772772.
2. מזומן.
3. צ'ק לפקודה: מכון מור.

*עם קבלת התשלום, הבקשה תעובר להמשך טיפול, והחומר יישלח אליכם בצירוף קבלה.

*יש להעביר את התשלום לא יאוחר מיום 17/10/2021.

*נא להציג מכתב זה עם התשלום.

*שים לב, טופס ויתור סודיות שגוי **סוג טופס**: וס"ר

סטטוס טופס: שגוי דחוף

סיבות: נא להמציא טופס מקורי או העתק מאושר ע"י עו"ד, נא המצא טופס תקין

בברכה,

ורד סהלו

טל: 03-5772789

היחידה לתיעוד רפואי

רח' ז'בוטינסקי 7 בני ברק ת.ד. 938 בני ברק 5110802. טל: 03-5772555, פקס: 03-5772504

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 05/12/2021 16:25
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	05/12 16:24
FAX NO./NAME	026755751
DURATION	00:01:05
PAGE(S)	04
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV
 IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
 יגאל רסקין, עו"ד

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

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

הצביעה
 נסא רשמי דנקס

22.9.21

מ.ל.ב.

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי – ירושלים
 מחלקת נפגעי עבודה
 מרחוב בן שטח 4, ירושלים

א.ג.נ.,

הנדון: תמר אברהם לוז, ת.ז. 058406315
 תאונה מיום 01/05/2018

1. הריני מייצג את מרשתי בעניין התאונה שבנדון.
 2. על כן, אודה לקבלת העתק תיקה המלא (דמי פגיעה), לרבות התיעוד הרפואי ותלושי השכר שהוגשו בגין התאונה האמורה.
 3. לטיפולכם המסור והמהיר אודה.
- *רצ"ב יפוי כת וטופס וס"ר חתומים על ידי מרשתי.

ARIEL FREIBERG, ADV

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

22.9.21

מ.ל.ב

לכבוד

קופת חולים כללית
יחידה לתיעוד רפואי
בפקס: 03-5772504

31.10 - מאי כרטיס

א.ג.נ.,

הנדון: תמר אברהם לוז ת.ז. 058406315

1. הנני מייצג את מרשתי שבנדון, בגין תאונה בה נפגעה ביום 01.05.2018
2. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה טופלה מרשתי במסגרתכם, בין היתר במסגרת טיפולי רפואה משלימה וטיפולי פיזיותרפיה.
3. אודה לקבלת מלוא התיעוד הרפואי בעניינה מיום 1.5.18 ועד היום.

*רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשתי.


בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 23/09/2021 17:24
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	23/09 17:23
FAX NO./NAME	5772504
DURATION	00:01:07
PAGE(S)	04
RESULT	OK
MODE	STANDARD

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

22.9.21

מ.ל.ב.

לכבוד

קופת חולים כללית

יחידה לתיעוד רפואי

בפקס: 03-5772504

א.ג.ג.,

הנדון: תמר אברהם לוז ת.ז. 058406315

1. הנני מייצג את מרשתי שבנדון, בגין תאונה בה נפגעה ביום 01.05.2018
2. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה טופלה מרשתי במסגרתכם, בין היתר במסגרת טיפולי רפואה משלימה וטיפול פיזיותרפיה.
3. אודה לקבלת מלוא התיעוד הרפואי בעניינה מיום 1.5.18 ועד היום.

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מתן האישור		
שנה	חודש	יום

תאריך קבלת הטופס בקופה		
שנה	חודש	יום



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד

ח.א. ת.א. נחל
רחוב / תא דואר

מס' בית

יישוב

מיקוד

טלפון פקס

טלפון קווי

039422888

039422824

ש.א.א.

לכבוד קופת חולים / בית חולים

☐ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

נא להגיש עזרה רפואית ל:

שם לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

2 פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מין

☐ זכר

☒ נקבה

מספר זהות / דרכון

ב"ס

058406315

כתובת

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

689100

כ.נ. - ש.א.א.

053775544

טלפון נייד

טלפון קווי

0

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך

בשעה

07115

1052018

שנה חודש יום

כאשר עבד ב

ט"ו העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהביתה ☐ תאונה בדרך ללא כוונה ☐ אחר

כתובת מקום התאונה

כ.נ. - ש.א.א.

תיאור התאונה

כ.נ. - ש.א.א.

האיבר שנפגע

ז.א.א.

תפקידו במפעל

חתימה וחותמת המפעל

שם המאשר

ש.א.א.

4 למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

במ 250 (03.2010)

נציג ערצ
מנהל
מועצה אזורית חבל מודיעין

תאריך: 25/5/18

טופס הגשת תביעת צד שלישי לפוליסת מקיף/צד ג' לרכב או אופנוע

אנא מלא/י את כל הפרטים בטופס זה והעביר/י אותו אלינו חתום על-ידיך באמצעות פקס 03-9144503 או למייל scan@yashir.co.il או בדואר ע"י כתובתנו המופיעה ע"ג הטופס

מס' תביעה בחברתנו (במידה ונמסר לך) _____

פרטי הרכב והנהג/ת הפונה:

• פרטי הנהג/ת -

שם הנהג/ת: _____ ת.ז. _____

כתובת: _____ טלפון _____ טלפון נוסף _____

• פרטי הרכב -

מספר רישוי: _____ סוג הרכב: _____ תיבת הילוכים: ידנית / אוטומטית

חברת ביטוח: _____ מספר פוליסה: _____

תוקף פוליסה: מ-____/____/____ עד ____/____/____

שם בעל/ת הפוליסה: _____ ת.ז. _____

כתובת בעל/ת הפוליסה: _____ טלפון _____ טלפון נוסף _____

פרטי הרכב והמבוטח/ת בביטוח ישיר:

• הרכב -

מספר רישוי: _____ סוג הרכב: _____

מספר פוליסה: _____ על-שם: _____

• הנהג/ת -

שם: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____ טלפון _____

פרטי האירוע:

* יש לצרף דף נפרד המפרט את תיאור האירוע ותרשים של מקום האירוע, ולציין מספר תביעה

תאריך האירוע: ____/____/____ שעה: ____:____ מקום _____

תאור האירוע: _____

תאור הנזק לרכבך: _____

תאור הנזק לרכב מבוטח/ת: _____

מעורבות משטרה: כן / לא אם כן: תחנה _____ מס' יומן _____

• פרטי עדים -

שם: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____ טלפון _____

שם: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____ טלפון _____

הריני לאשר כי כל הנתונים בהודעה זו נכונים

שם הפונה: _____ ת.ז. _____ חתימה _____



ביטוח ישיר
בגלל המחיר הנמוך ביותר
www.555.co.il
אשר הואי חברת ביטוח בע"מ

רח' אפעל 35 קרית אריה, פתח תקווה 43511, טל: 03-5555555, פקס: 03-9144503

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

שנה

בחודש

שמואל ונתן כחל-אביב ביום

(להלן: "הלקוח") מצד אחד

בין : ראוי אל אלהב

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

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנוקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום 15.12 ועוה"ד נאות ליטול על עצמו את הטיפול בענייניו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחה עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך תסכום הכולל שיקבל הלקוח ואו 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 ולחקן: "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 הצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נכרך.

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

4. במידה והחליט יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ייולם הלקוח סך של 500 ₪ על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1 א.

5. במידה ותנוע תביעה לבית המשפט, ייולם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיפים 1 ב ו-1 ג.

6. שכיט ע"ד שפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות בית יס"ד, שייך לעוה"ד אצל שר יאמור בסעיף 1 טברסכט זה.

7. במידה והלקוח החליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת פסק דין בענין ההוצאות כדלקמן.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה (במקרה של קטין יורשנו פרטיו)

שם משפחה אלכנה

שם פרטי דבורה

תעודת זהות 5840605

שם האב נחמן

רחוב הפועלים

מס' 13

עיר חיפה

מיקוד

טלפון

053-7455114

נוהג בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ואו מי מטעמם ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל-
 בידי נותני השירותים שיפורטו להלן לא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי חבראותי ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאיהם ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ואו פסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי חבראותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו 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 תחא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאיהם ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים

חלק ב'

שם קופת נחמן

סניף נהל

מס' חבר 3

שם המוסד

הפאים

מכונים, מעבדות

1	2	3	4
1	2	3	4

מס' אישי בצד"ל

שם קופת חסדמות

במקרה של קטן שם האב

ת.ז.

שם האב

ת.ז.

תאריך

עד לחתימה ומס' ת.ז.

חתימה

במקרה של קטן חתימת האב/אמו/אביו

מס' ת.ז.

חתימת אב/אמו/אביו

לדבר את המידע הרפואי הנמסר לי

[illegible]

לעצמם ודבליע בעסא נפרי דעם חתונות, דעם וועגנדיקן
חשמוניות, יחוס בעסא א נאכטוץ ולעב דער א טעסד
לעב ברויטס א נאכטוץ פאר די מיטלע וואס כלל זיי האבן א ליבעל צו שטיין
בלעז כאטש איר טעסט

14. למפר כיצד בכל מקור ליישום פטנט, ליתר מספר ימי כלל וביית אחרות המכירות
החוק

15 להעביר ימיו בזה והוא על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעד או אחר עם זכות העברה לאחרים
למטרה ולמטות אחרים בהסכמם ולנהל את עניני הנדל"ל לפי דאות עניני ובכפף להסמכה זאת כל
הפעלים שימצא לנכון ומאיל בכלור עם הסמכני או עם עניני הנדל"ל ויהיו מאמר את כל עניניו או
מעשי מסללי המקום בתוקף ימיו בזה והסמכה.

המילים הבאות ביחיד תכלית את חרבים ובר'פד

ולראיה באתי על החתום

היום _____ לחודש _____ שנה _____

X _____ חתימה

והנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

THE

אני מסי' אברהם יצחק בן אברהם יצחק הי"ד
 ממונה בזה על ידי אברהם יצחק הי"ד
 בשם האומה ורכיש מסמך
 הא"ל ה"ח מן ש"ח ראשי לעשות ולמכור בשמי ובמקומי בכל הפעולות הנבאות כולל ונתקבלו הכל
 בלי שום חשש או חשש ממנו כדלקמן

1. ליתורו על ולחתיט כל תביעה או תביעה שבוטל, ואף כל בקשה הגנה, התערבות, בקשה ליתור
 רשות לערער, ערעור, מודעה, טענה, תביעה או כל הליך אחר מנוגד או חסר סדר ל"ל
 לא יוצא מן הכלל
2. ליתורו על ואף לשלוח פקודות מטרותיות או אחרות, לדרוש הכרות פטושת דגל, או פרו
 משכמי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל
3. ליתורו ולקבל חוות דעת רפואית מכל ודפא או מוסד שבדק אתי או חוות דעת אחרת והנחה
 לגבי ת"ל
4. להזמין בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו יתקן י"ל
 הכת, בדרגת בה הגוש
5. למסור כל ענין הנגוע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתיים על שטר בוררין כפי שבא
 בחיי ימצא לנכון
6. להזמין עדים, למנות סומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדיו הקיימים
7. להתמסר בכל ענין הנגוע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של כל מחי
 וליתורו על הסכם פטור בבית המשפט או מחוצה לו
8. לנכות את קצתם תחביית או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לו בזה הוצאות ג"מ
 ושטר סתמי ל"ל, ליתורו בכל מסמך נחפז ולתת סבבות ושחרורים כפי שיקול דעתו ויתור
 ליתורו ויתור
9. להזמין למכור כל נד"ד או החלטה או נה, לדפוס צוות מכירת או פקודות באסח, לעשות
 הפעולות המתחייבות ע"י חוק התוצאה לפועל
10. ליתורו בכל הפעולות ולחתיים על כל מסמך או ביד בע"פ מן הכלל אשר בא יתורו
 ליתורו בכל ענין הנגוע מהענין הנ"ל
11. לתורות או ליתורו דא שיתור ידנו בתורות או בתורות

א. המינהל והמפקח הכללי יהיו לפי הנחיה תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשמור של 33.3% (שלוש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 לחסכם זה.

ב. במידה הלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלפני הגשת התביעה לפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשמור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 לחסכם זה.

ג. במידה הלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלפני קיום משפט הראשון ועד לסיום ההגנות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשמור של 2/3 (שני שלשים) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 לחסכם זה.

ד. המנהל מחייב להגיש לעוה"ד התביעות בלתי חוזרות של ושל עוה"ד שבהן לו היינו נאותו ענין לפיה יעבור מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח או עכ"פ ימגיע לעוה"ד על פי חסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח תוך ריבוע.

ה. כל בחינה או סכסוך נוסף לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"ס בגין טיפול בתביעה יחסי לבוררות מוסכמת כפי בהירה י"ד יחיד שימונה על ידי וידוע מחוץ תל-אביב של לשכת עוה"ד.

ו. המינהל והמפקח הכללי יהיו לפי הנחיה תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשמור של 33.3% (שלוש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 לחסכם זה.

ז. במידה הלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלפני הגשת התביעה לפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשמור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 לחסכם זה.

ח. במידה הלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלפני קיום משפט הראשון ועד לסיום ההגנות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשמור של 2/3 (שני שלשים) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 לחסכם זה.

ט. המנהל מחייב להגיש לעוה"ד התביעות בלתי חוזרות של ושל עוה"ד שבהן לו היינו נאותו ענין לפיה יעבור מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח או עכ"פ ימגיע לעוה"ד על פי חסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח תוך ריבוע.

ולראיה נאמר על החתום



הביטוח הלאומי

מערכת ייצוג לקוחות באינטרנט

תאריך הדפסה: 22/09/2021
מועד אחרון להגשה: 22/10/2021

36433175

טופס
ייפוי כוח למייצג/ת

יש לשלוח את הטופס החתום באמצעות
אתר ניהול משרד המייצגים

פרטי המשרד המייצג

שם המשרד:	עו"ד אריאל פרייברג
שם המייצג/ת:	פרייברג אריאל
דוא"ל:	טלפון:
כתובת:	ת.ז. המייצג/ת: 066630930

פרטי המבוטח/ת

שם המבוטח: לוז אברהם תמר
ת.ז. המבוטח: 058406315

הגמלאות שנבחרו לייצוג

- (21) דמי פגיעה/ד.פ. למתנדבים, תאונות אישיות - תאריכי אירוע: 01/05/2018
- (22) נכות מעבודה, תגמול למתנדבים, נפגע עבודה שנפטר - תאריכי אירוע: 01/05/2018

הצהרה וויתור על סודיות

אני החתום מטה, מייפה בזה את כוחו של המייצג לייצג אותי מול הביטוח הלאומי ולקבל בשמי ובעבורי מאת המוסד לביטוח לאומי כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותו והנוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, בנושאים שפורטו לעיל.

וויתור על סודיות

אני החתום מטה, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ונותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעמו או בעבורו למסור למייצג כל מידע שיבקש על אודותיי והמצוי ברשותכם על מצבי הרפואי, התפקודי, הסוציאלי, או על טיפולים בתחום הפסיכיאטריה, בעבר ובהווה וכן מידע הנוגע לנכות רפואית או לנכות אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור. מבלי לגרוע מהאמור לעיל אני מתיר בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעמו או בעבורו למסור למייצג כל מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דוח או הערכה בדבר מצבי הבריאות, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או אחר המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי.

אני מאשר/ת למייצג הנ"ל להיכנס לאתר האישי של הביטוח הלאומי ולצפות בנתונים שלי.

אני החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופוטרי אותו או כל עובד מעובדיו או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של המוסד לביטוח לאומי מחובת שמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת שלפי כל דין, ומוותר בזה על כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר לסודיות רפואית או לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו קשר למסירת המידע כאמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או עובדיו או הבאים מכוחו.

חתימת המבוטח
לז אברהם תמר

חתימת המבוטח

תאריך

22/09/2021

הריני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

לז אברהם תמר