

העברה לחשבון אקראי

① הזנת נתוני הוראה < ② אישור ההוראה < ③ סיום

סניף: 317 מספר חשבון: 133470 תאריך: 31/12/2020 שעה: 11:22

✓ הוראת ההעברה נקלטה

פרטי הפעולה

העברה בסכום של 7,608.00 ש"ח לביצוע ביום 31/12/2020

לזכות: תום לוז

בנק: 11 דיסקונט סניף: 145 חשבון: 120106002

הערת לקוח: פיצויים איילון

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 למוטב 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 ו/או 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.

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930
31/12/2020
77/0
לז תום
77
לז תום
31/12/2020

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

לכבוד
לז תום

השבונית-מס/קבלה 881 Tax Invoice/Receipt

Taxable במע"מ חייב		Exempted מע"מ פטור	
Fees	2,044.44	0.00	שכר טרחה
Expenses	0.00	0.00	הוצאות
Miscellaneous	0.00	0.00	שונות
Sub Total	2,044.44	0.00	סיכום
V.A.Tax 17%	347.56	מס ערך מוסף 17%	
V.A.T exempted	0.00	סכום פטור ממע"מ	
Total + V.A.T.	₪ 2,392.00	סה"כ (כולל מע"מ)	

הסכום במילים:

אלפיים שלוש מאות תשעים ושניים שקלים חדשים בלבד.

Payment details:

פרטי התשלום:

Amount סכום	Account חשבון	Branch סניף	Bank בנק	No. 'מס'	Type סוג	Date תאריך
₪2,392.00	133470				העברה	31/12/2020

הופקד לחשבון בנק: 135082 - חשבון עסקי

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

העברה בין חשבונותיי

① הזנת נתוני הוראה < ② אישור ההוראה < ③ סיום

סניף: 317 מספר חשבון: 133470 תאריך: 31/12/2020 שעה: 11:23

הוראת ההעברה נקלטה

פרטי הפעולה

העברה בסכום של 2,392.00 ש"ח תבוצע ביום 31/12/2020

לזכות: פרייברג אריאל

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

הערת לקוח: שכת תום לז

לתשומת לבך, ההעברה בוצעה ולא ניתן לבטלה או לשנותה.

פעולת ערוץ ישיר זו היא אחת ממכה 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.

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.

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930
16/12/2020
77/0
לז תום
77
לז תום
16/12/2020

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

לכבוד
איילון חברה לביטוח בעמ
דרך אבא הלל 12
רמת גן 5250606

קבלת פקדון 517 Deposit Receipt

Amount received:

₪ 10,000.00

התקבל סך של:

הסכום במילים:

עשרת אלפים שקלים חדשים בלבד.

Payment details:

Amount	Account	Branch	סניף	Bank	בנק	No. 'מס'	Type	סוג	תאריך פרעון	Date	תאריך
₪10,000.00							העברה		16/12/2020	16/12/2020	

הופקד לחשבון: 133470 - חשבון פקדונות כללי

פרטי התשלום:

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

17.11.20

לכבוד

בת-אל עזרא, עו"ד
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

✓

ח.ג.,

מ.ל.ב. גליל + גליל אישור גליל

הנדון: תאונה מיום 26.9.18

הנפגע: תום לוז

מס' תביעה: 2006001805038

1. מצ"ב כתב קבלה ע"ס 10,000 ₪ חתום על ידי מרשי.
2. כן, מצ"ב העתק המחאה של הח"מ והודעה שהוגשה לבית המשפט הנכבד.
3. אודה לטיפולך המסור וביצוע העברה בנקאית לפקודת הח"מ.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל טילבר 12, רמת-גן 5250606, ת.ד. 10957

אגף ביטוח כללי - רכב חובה			
תאריך:	כ"ד חשון תשפ"א		
תאריך:	11/11/2020		
מבלי	לפגוע	בזכויות	
לצרכי	מו"מ	בלבד	
מבלי	לפגוע	בטענת	התיישנות
בכל	פנייה	נא	צינו מס' תביעתנו

איילון חברה לביטוח בע"מ
כתב קבלה ויתור ושחרור

לפנים משורת הדין-

אני הח"מ לוז תום נושא ת.ז. 318637626 (להלן: "התובע") מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 26/09/2018 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה לטענתי תאונת דרכים (להלן "התאונה"), בה היה מעורב לטענתי רכב מ.ר. 7872612 אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

הואיל וזגורי אבי (להלן "המבטחים") וכן איילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטחים") הסכימו לפצותי בגין הנזקים שנגרמו לי.

והואיל והסכמתי לקבל מאת המבטחים והמבטחים פיצויים כמפורט להלן, וזאת לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותיי ודרישותיי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות לטענתי במישרין או בעקיפין מן התאונה.

לכן הנני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. הסכום שהסכמתי לקבל מאת המבטחים והמבטחים (להלן: "הנתבעים") באמצעות עו"ד פרייברג הינו סך של 10,000 ₪ (עשרת אלפים ₪) הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן "הסכום") וחתמתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.
2. תמורת קבלת הסכום הנני מוותר בזה לחלוטין ומוחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותיי, דרישותיי ותביעותיי מכל מין וסוג 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 שיוחק בעתיד, ואין לי ולא תהיינה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי הנתבעים ו/או מי מטעמם.
3. הסכום כולל תביעות מטיבים למיניהם, לרבות, ומבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, פיצוי בגין הוצאות רפואיות ודמי אשפוז בכפוף לאמור בסעיף 4 להלן.
4. אני מתחייב לפצות ולשפות את המבטחים ו/או המבטחים ו/או מי מטעמם, וכל אחד מהם, בשלמות, מייד עם דרישתם הראשונה, על ונגד כל תביעה או דרישה שתוגש, נגדם או נגד כל מי מהם, עד לגובה הסכום המשולם לי על פי כתב קבלה זה, לרבות ההוצאות המשפטיות, ריבית ושכ"ט עו"ד, שיידרשו לשלם, לכל אדם או גוף, למעט כל תשלום וכל הוצאה בגין שירותים רפואיים שקיבלתי או שאקבל בעתיד הכלולים ב"סל הבריאות" לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, והנובעים מהתאונה, ככל שהחבות לשאת בתשלומים אלה חלה על המבטחים ו/או המבטחים על-פי כל דין, אך לרבות תשלומים שהמבטחים ישלמו בעתיד בגין שירותים רפואיים שקיבלתי ושהנני עתיד לקבל ואשר אינם כלולים ב"סל הבריאות".

חתימה

2006001805038

מס' תביעה



בית איילון ביטוחים רח' אבא הלל מילר 12, רמת-גן 5250606, ת.ד. 10957

5. א. ידוע לי, כי הפיצויים על פי מסמך זה מבוססים על כך, שהתאונה אינה מהווה "תאונה עבודה".
- ב. אני מצהיר ומתחייב, כי לא פניתי ולא אפנה בדרישות מכל סוג ומין למוסד לביטוח לאומי, הכרוכות או הנובעות מהתאונה ו/או מהנזקים שנגרמו לי ממנה, וזאת מעבר לגמלאות ו/או לקצבאות המפורטות בסעיף 3 לעיל. אם אפר התחייבות זו, ובכל זאת אגיש תביעה למל"ל בקשר לתאונה ואקבל פיצוי ו/או גמלה ו/או כל קצבה מהמל"ל בקשר לתאונה, הנני מתחייב להשיב לנתבעים מיד עם דרישה כל סכום שקבלתי מהמל"ל ושאיני זכאי לקבל מהמל"ל עקב התאונה וזאת עד לסכום שלא יעלה על הסכום המצוין בסעיף 1 לעיל, בצירוף הפרשי הצמדה וריבית כחוק.
- ג. הנני מאשר, מצהיר ומסכים בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום, תקבול או גמלה כלשהיא בגין התאונה מעבר לאמור בסעיף 3 לעיל, הרי ניתנת בזאת מראש הסכמתי כי יחול עלי האמור בסעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב] התשנ"ה – 1995, וניתנת בזאת מראש רשות מטעמי למוסד לביטוח לאומי לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל, כל זאת מבלי לפגוע בזכויות השיפוי שיש לנתבעים כלפי עפ"י שטר קבלה זה.
6. מוסכם בין הצדדים לשטר פטור זה, כי הוא מבטא הסכמות הדדיות על דרך הפשרה מבלי שהדבר יתפרש כהודאה בזכויות או מקצתן בנוגע לחבות בנזיקין, לכיסוי הביטוחי ולראשי הנזק הנתבעים ותוקפו למשך 60 יום מיום הוצאתו.
7. במידה וההסכמות שגובשו להסדר הפשרה כמפורט בשטר הסילוקין לא תחתמנה ע"י הצדדים, יראו את השטר כבטל ומבוטל ולא בגדר הודאה במקצת הזכויות לצורך מירוך ההתיישנות וכל מטרה אחרת.
8. מוסכם בין הצדדים לשטר פטור זה, כי ההסכמות הגלומות בו על דרך הפשרה מתייחסות לצדדים עצמם ואין בהם כדי להוות לצד שלישי שאינו צד להסכמות עילה להסתמך על ההסכמות.
9. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו הנתבעים לשלם לי את הסכום.
10. במקרה שכתב זה נכתב על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החתומים מתחייבים, מאשרים ומצהירים את כל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
11. האמור במסמך זה בלשון זכר אף בלשון נקבה במשמע.

☒ הנני מתחייב בהתחייבות בלתי חוזרת לנקוט פעולות המתחייבות לדחיית התביעה שהגשתי נגד המבוטחים ו/או המבטחים בת.א 619570920 בבימ"ש השלום רחובות.

ולראיה באתי על החתום:

היום 10 בחודש 11 שנת 2020 חתימה

עד לחתימה: אריאל פרייברג

אני הח"מ אריאל פרייברג ע"ד, מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצונו הטוב והחופשי ואשר הזדהה בפני להנחת דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תוכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

תאריך: 16.11.20
חתימה: אריאל פרייברג
מס' רשיון: 2254

מס' תביעה 2006001805038



בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 5250506. ת.ד. 10957

תשלום תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית

במסגרת מאמצי החברה לשמור על רמת שירות גבוהה, הרינו להודיעכם כי חברתנו מבצעת תשלומים ללקוחות/תובעים באמצעות העברה ישירה לחשבון הבנק.

ההעברה הבנקאית תבצע רק לאחר בירור הדרישה, קיומה של חבות ביטוחית ולאחר תהליכי אישור של התשלום בהתאם לנוהלי החברה.

הודעה על ביצוע ההעברה תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל.

על מנת שנוכל לבצע את ההעברה הנ"ל, נבקשכם להעביר אלינו ע"ג הספח המצ"ב את הפרטים הדרושים ובנוסף להעביר אלינו צילום העתק המחאה של החשבון אליו יועבר התשלום (יש לרשום "מבוטל" על המחאה).

בתשלום סכום הפולה על 100,000 ₪ המשולם לחשבון עו"ד, יש להעביר פרטי חשבון נאמנות ספציפי ע"ש הגזוק, אליו יועבר הסכום.

התשלום בהעברה בנקאית הינו בטוח יותר, יזרז את תהליך העברת התשלום אליכם ויחסוך זמן יקר שלנו ושלכם.

תודה על שיתוף הפעולה !!!

נא להחזיר לפקס 7569580-03

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

מח' הנה"ח

רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008

הנדון: אישור פרטים לצורך העברה בנקאית

בקשה מס' 2006001805038 אירוע מיום 26.09.2018

הריני מצהיר בזאת כי ברצוני לקבל את התשלום בהעברה בנקאית לחשבון שפרטיו להלן וזיכוי החשבון ישמש אישור לקבלת תגמולי הביטוח.

054-6544930

מספר טלפון נייד

066630930

מס ת.ז. / ח.פ.

ח'ק א'יאל מחיר

שם המוטב (עפ"י הרישום בפוליסה)/בעל ח-ן

133470

מס חשבון

317

מס הסניף

כ"ח

שם הסניף

14

מס הבנק

א-ח מח' ח

שם הבנק

א'יאל מחיר

שם מוטב/ מורשה החתימה

16.11.20

תאריך

חתימה

אוצר החייל

מקבוצת הביטוח

סניף 317 כפר גנים

03-9780200 טל' פתח תקוה

0629538 14 31700 409133470

למוטב בלבד

קניין גנים - העצמאות 65

פרטיבוג אריאל ת.נ. 066630930

ויצמן 21 דירה 2, תל אביב - יפו 6423920

טלפון 0546544930

PAY TO

נח

13/06/17 ב -

שלמו ל

N.I.S.

נח

SIGNATURE

חתימה

DATE

תאריך

CHEQUE No.

מס' השק

BRANCH No.

מס' הסניף

ACCOUNT No.

מס' החשבון

בשק זה אין לבצע שינוי לאחר שנכתב.
למעט שינוי תאריך או סכום.

BANK OTSAR HAHAYAL LTD. מ.ד. אוצר החייל בע"מ

בנק

BANK

זאת חזופי שי
זאת רכיל

06



בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל מילברג 12, רמת-גן 5250506, ת.ד. 10957

האגף לביטוח כללי - פרט	
תאריך:	כ"ד חשון תשפ"א
תאריך:	11/11/2020
טלפון:	0722229624
פקס:	03-7569580
מבלי	לפגוע בזכויות
מבלי	להודות בחבות ובכיסוי הביטוחי
מבלי	לפגוע בטענת ההתיישנות

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג ואח'
בפקס 0773180983

ח.ג.

הנדון: ביטוח ע"פ פקודת ביטוח רכב מנועי, פוליסה מס' 36448318317
רכב חובה - פוליסה אישית
תביעה מס' 2006001805038 אירוע מיום 26/09/2018
ע"ש המבוטח זגורי אבי
התובע: לוז תום

בעקבות הסכמת הצדדים לסיום התביעה בפשרה, נמסרת לך בזאת הצעת פשרה בכתב.

בהמשך לשיחתנו הטלפונית ובמטרה לסיים את התיק- רצ"ב הצעתנו המשופרת והסופית לתיק זה.

סכום הפשרה לסילוק סופי ומוחלט של תביעת מרשך עומד על סך 10,000 ₪ כולל לפני משורת הדין ומבלי להודות בחבות ו/או בנזק. סכום זה הינו מעבר לתגמולים ששולמו למרשך ע"י מיטבים למיניהם ו/או תשלומים תכופים.

סך זה כולל פיצוי בגין ראשי נזק רלוונטיים, לרבות ראש נזק לא ממוני והפסדים, ככל שקיימים. הצעת הפשרה תעמוד בתוקפה במשך 60 יום. עד לאישורך אין הצעת הפשרה מחייבת את הצדדים.

במידה והצעת הפשרה מקובלת עליך, נא החזר את שטרי הפטור החתומים למשרדנו.

עם קבלת השטר המקורי חתום ומאושר כדין – נטפל בביצוע התשלום.

הצעתנו ניתנת בכפוף לקבלת:

- יפוי כח.
- החלטת בימ"ש בדבר דחיית התביעה וקבלת פטור מאגרה.

לצורך ביצוע העברה בנקאית, יש להעביר לידנו:

1. טופס אישור ביצוע להעברה בנקאית של תגמולי הביטוח, המצ"ב.
2. צילום המחאה (צ'ק).

ניתן להעביר העתק השטר המקורי סרוק בצבע למייל -
ifnMailRouterHovaTah@ayalon-ins.co.il

בכבוד רב,
בת-אל עזרא, עו"ד
מחלקת תביעות גוף חובה

e-mail: mail@ayalon-ins.co.il

www.ayalon-ins.co.il

בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, דמת-גן 52008, תד. 10957



ת א ר יך ושעה : 09:42:14 11/11/2020

נושא :

מספרי עמודים לפקס זה: 4

לידי: 2006001805038

מספר פקס: 0773180983

מאת:

מספר פקס:

מספר טלפון: 29624

e-mail: mail@ayalon-ins.co.il

www.ayalon-ins.co.il

בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10957



ת א ר י ך ו ש ע ה : 10:27:02 18/10/2020

נושא:

מספרי עמודים לפקס זה: 4

לידי: 2006001805038
מספר פקס: 0773180983

מאת:
מספר פקס:
מספר טלפון: 29624



בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל טילבר 12, רמת-גן 5250506, תד" 10957

האגף לביטוח כללי - פרט

תאריך:	ל תשרי תשפ"א
תאריך:	18/10/2020
טלפון:	0722229624
פקס:	03-7569580
מבלי:	לפגוע בזכויות
מבלי:	להודות בחבות ובכיסוי הביטוחי
מבלי:	לפגוע בטענת ההתיישנות

לכבוד

עו"ד אריאל פרייברג ואח'
בפקס 0773180983

ח.נ.

הנדון: ביטוח ע"פ פקודת ביטוח רכב מנועי, פוליסה מס' 36448318317
תביעה מס' 2006001805038 אירוע מיום 26/09/2018
ע"ש המבוטח זגורי אבי
התובע: לוז תום

בעקבות הסכמת הצדדים לסיום התביעה בפשרה, נמסרת לך בזאת הצעת פשרה בכתב.

בהמשך לשיחתנו הטלפונית רצ"ב הצעתנו הסופית.

סכום הפשרה לסילוק סופי ומוחלט של תביעת מרשך עומד על סך 9,500 ₪ כולל לפני משורת הדין ומבלי להודות בחבות ולאו בנזק. סכום זה הינו מעבר לתגמולים ששולמו למרשך ע"י מיטבים למיניהם ו/או תשלומים תכופים.

סך זה כולל פיצוי בגין ראשי נזק רלוונטיים, לרבות ראש נזק לא ממוני והפסדים, ככל שקיימים. הצעת הפשרה תעמוד בתוקפה במשך 60 יום. עד לאישורך אין הצעת הפשרה מחייבת את הצדדים.

במידה והצעת הפשרה מקובלת עליך, נא החזר את שטרי הפטור החתומים למשרדנו.

עם קבלת השטר המקורי חתום ומאושר כדין – נטפל בביצוע התשלום.

הצעתנו ניתנת בכפוף לקבלת:

- יפוי כח.
- החלטת בימ"ש בדבר דחיית התביעה וקבלת פטור מאגרה.

לצורך ביצוע העברה בנקאית, יש להעביר לידנו:

1. טופס אישור ביצוע להעברה בנקאית של תגמולי הביטוח, המצ"ב.
2. צילום המחאה (צ'ק).

ניתן להעביר העתק השטר המקורי סרוק בצבע למייל -
ifnMailRouterHovaTah@ayalon-ins.co.il

בכבוד רב,
בת-אל עזרא, עו"ד
מחלקת תביעות גוף חובה



בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל גילבר 12, רמת-גן 5250606, ת.ד. 18957

אגף ביטוח כללי - רכב חובה		
תאריך:	ל תשרי תשפ"א	
תאריך:	18/10/2020	
מבלי	לפגוע	בזכויות
לצרכי	מו"מ	בלבד
מבלי	לפגוע	בטענות התיישנות
בכל פנייה נא ציינו מס' תביעתנו		

איילון חברה לביטוח בע"מ כתב קבלה ויתור ושחרור

לפנים משורת הדין:

אני הח"מ לז תום נושא ת.ז. 318637626 (להלן: "הנתובע") מאשר ומצהיר כדלקמן:

הואיל ובתאריך 26/09/2018 או סמוך לתאריך הנ"ל ארעה לטענתי תאונת דרכים (להלן "התאונה"), בה היה מעורב לטענתי רכב מ.ר. 7872612 אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

הואיל וזגורי אבי (להלן "המבוטחים") וכן איילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטחים") הסכימו לפצותי בגין הנזקים שנגרמו לי.

והואיל והסכמתי לקבל מאת המבוטחים והמבטחים פיצויים כמפורט להלן, וזאת לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות לטענתי במישרין או בעקיפין מן התאונה.

לכן הנני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. הסכום שהסכמתי לקבל מאת המבוטחים והמבטחים (להלן: "הנתבעים") באמצעות עו"ד פרייברג הינו סך של 9,500 ₪ (תשעת אלפים וחמש מאות ₪) הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן "הסכום") וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו.

2. תמורת קבלת הסכום הנני מוותר בזה לחלוטין ומוחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג 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 שיוחק בעתיד, ואין לי ולא תהייה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי הנתבעים ו/או מי מטעמם.

3. הסכום כולל תביעות מטיבים למיניהם, לרבות, ומבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, פיצוי בגין הוצאות רפואיות ודמי אשפוז בכפוף לאמור בסעיף 4 להלן.

4. אני מתחייב לפצות ולשפות את המבוטחים ו/או המבוטחים ו/או מי מטעמם, וכל אחד מהם, בשלמות, מייד עם דרישתם הראשונה, על וכנגד כל תביעה או דרישה שתוגש, נגדם או נגד כל מי מהם, עד לגובה הסכום המשולם לי על פי כתב קבלה זה, לרבות ההוצאות המשפטיות, ריבית ושכ"ט עו"ד, שיידרשו לשלם, לכל אדם או גוף, למעט כל תשלום וכל הוצאה בגין שירותים רפואיים שקיבלתי או שאקבל בעתיד הכלולים ב"סל הבריאות" לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, והנובעים מהתאונה, ככל שהחבות לשאת בתשלומים אלה חלה על המבוטחים ו/או המבוטחים על-פי כל דין, אך לרבות תשלומים שהמבוטחים ישלמו בעתיד בגין שירותים רפואיים שקיבלתי ושהנני עתיד לקבל ואשר אינם כלולים ב"סל הבריאות".

חתימה

2006001805038

מס' תביעה



בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל פילבר 12, רמת-גן 5250606, ת.ד. 10957

5. א. ידוע לי, כי הפיצויים על פי מסמך זה מבוססים על כך, שהתאונה אינה מהווה "תאונה עבודה".
ב. אני מצהיר ומתחייב, כי לא פניתי ולא אפנה בדרישות מכל סוג ומין למוסד לביטוח לאומי, הכרוכות או הנובעות מהתאונה ו/או מהנזקים שנגרמו לי ממנה, וזאת מעבר לגמלאות ו/או לקצבאות המפורטות בסעיף 3 לעיל. אם אפר התחייבות זו, ובכל זאת אגיש תביעה למל"ל בקשר לתאונה ואקבל פיצוי ו/או גמלה ו/או כל קצבה מהמל"ל בקשר לתאונה, הנני מתחייב להשיב לנתבעים מיד עם דרישה כל סכום שקבלתי מהמל"ל ושאיני זכאי לקבל מהמל"ל עקב התאונה וזאת עד לסכום שלא יעלה על הסכום המצוין בסעיף 1 לעיל, בצירוף הפרשי הצמדה וריבית כחוק.
ג. הנני מאשר, מצהיר ומסכים בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום, תקבול או גמלה כלשהיא בגין התאונה מעבר לאמור בסעיף 3 לעיל, הרי ניתנת בזאת מראש הסכמתי כי יחול עלי האמור בסעיף 329 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב] התשנ"ה – 1995, וניתנת בזאת מראש רשות מטעמי למוסד לביטוח לאומי לפעול לגבי בהתאם להוראות סעיף 329 הנ"ל, כל זאת מבלי לפגוע בזכויות השיפוי שיש לנתבעים כלפי עפ"י שטר קבלה זה.
6. מוסכם בין הצדדים לשטר פטור זה, כי הוא מבטא הסכמות הדדיות על דרך הפשרה מבלי שהדבר יתפרש כהודאה בזכויות או מקצתן בנוגע לחבות בניזיקין, לכיסוי הביטוחי ולראשי הנזק הנתענים ותוקפו למשך 60 יום מיום הוצאתו.
7. במידה וההסכמות שגובשו להסדר הפשרה כמפורט בשטר הסילוקין לא תחתמנה ע"י הצדדים, יראו את השטר כבטל ומבוטל ולא בגדר הודאה במקצת הזכויות לצורך מירון ההתיישנות וכל מטרה אחרת.
8. מוסכם בין הצדדים לשטר פטור זה, כי ההסכמות הגלומות בו על דרך הפשרה מתייחסות לצדדים עצמם ואין בהם כדי להוות לצד שלישי שאינו צד להסכמות עילה להסתמך על ההסכמות.
9. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו הנתבעים לשלם לי את הסכום.
10. במקרה שכתב זה נכתב על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החתומים מתחייבים, מאשרים ומצהירים את כל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
11. האמור במסמך זה בלשון זכר אף בלשון נקבה במשמע.

☒ הנני מתחייב בהתחייבות בלתי חוזרת לנקוט פעולות המתחייבות לדחיית התביעה שהגשתי נגד המבוטחים ו/או המבטחים בת.א 619570920 בבימ"ש השלום רחובות.

ולראיה באתי על החתום:

היום..... בחודש..... שנת..... חתימה.....

עד לחתימה:.....

אני הח"מ עו"ד, מאשר בזה כי הכתב דלעיל נחתם בתאריך המופיע לעיל ע"י האדם ששמו נזכר לעיל מרצונו הטוב והחופשי ואשר הזדהה בפני להנחת דעתי ולאחר שקראתי בפניו והסברתי לו הסבר היטב את תוכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

תאריך:.....

חתימה:.....

מס' תביעה 2006001805038



בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 5250606, ת.ד. 10957

תשלום תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית

במסגרת מאמצי החברה לשמור על רמת שירות גבוהה, הרינו להודיעכם כי חברתנו מבצעת תשלומים ללקוחות/תובעים באמצעות העברה ישירה לחשבון הבנק.

ההעברה הבנקאית תבצע רק לאחר בירור הדרישה, קיומה של חבות ביטוחית ולאחר תהליכי אישור של התשלום בהתאם לנהלי החברה.

הודעה על ביצוע ההעברה תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל.
על מנת שנוכל לבצע את ההעברה הנ"ל, נבקשכם להעביר אלינו ע"ג הספח המצ"ב את הפרטים הדרושים **ובנוסף להעביר אלינו צילום העתק המתאה של החשבון אליו יועבר התשלום** (יש לרשום "מבוטל" על ההמתאה).

בתשלום סכום **הפולה על 100,000 ₪** המשולם לחשבון עו"ד, יש להעביר פרטי **חשבון נאמנות ספציפי ע"ש הגיזוק**, אליו יועבר הסכום.

התשלום בהעברה בנקאית הינו בטוח יותר, יורז את תהליך העברת התשלום אליכם ויחסוך זמן יקר שלנו ושלכם.

תודה על שיתוף הפעולה !!!

נא להחזיר לפקס 7569580-03

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

מח' הנה"ח

רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008

הנדון: אישור פרטים לצורך העברה בנקאית

בקשה מס' 2006001805038 אירוע מיום 26.09.2018

הריני מצהיר בזאת כי ברצוני לקבל את התשלום בהעברה בנקאית לחשבון שפרטיו להלן וזיכיי החשבון ישמש אישור לקבלת תגמולי הביטוח.

שם המוטב (עפ"י הרישום בפוליסה)/בעל ח-ן	מס ת.ז. / ח.פ.	מספר טלפון נייד
שם הבנק	מס הבנק	שם הסניף
שם הבנק	מס הסניף	מס חשבון
תאריך	שם מוטב/ מורשה החתימה	חתימה

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ת.ז. מסי 374637621, מרחוב העמל 9 עת'א,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נגד בענין תאונת דרכים מיום 29.9.18 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 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.

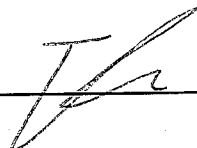
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 22 לחודש 9 שנה 2020

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג

~~מס' רישום: 62254~~
~~עורך-דין~~



בית משפט השלום ברחובות

30 ספטמבר 2020 ✓

ת"א 61957-09-20 לז' נ' זגורי ואח'

לאחר
דיון
ביום
30

אישור פתיחת תיק

مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (נُصادق بهذا بأنه في يوم) 30 ספטמבר 2020 בשעה (بالساعة) 15:04 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 61957-09-20 לז' נ' זגורי ואח'.

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 **3852 077-2703333**. www.court.gov.il

ذوي اعاقة يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية 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 הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין. בעל דין יכול לעיין מרחוק בתיק גם ללא צורך בכרטיס חכם, בכפוף לכך שביצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית, ובתנאי שמספר תעודת הזהות שלו מעודכן בתיק.

התובע:

תום לוז, ת.ז. 6-31863762
מרח' רוטברג 9, גבעתיים

ע"י ב"כ עוה"ד אריאל פרייברג ואח'
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983

- נ ג ז -

הנתבעים:

1. אבי זגורי, ת.ז. 300253598
מרחוב פנקס דוד 5, לוד

2. איילון, חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אבא הלל 12, רמת גן

מהות התביעה:

נזיקין – נזקי גוף,
לפי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים,
התשל"ה – 1975.

סכום התביעה:

אינו ניתן להערכה.

כתב תביעה

1. הנתבע 1 היה בכל הזמנים הרלוונטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב מס' 78-726-12 (להלן: "הרכב").
2. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), תש"ל – 1970.
3. בתאריך 26.9.18, בשעה 12:30 או בסמוך לכך, בשד' ירושלים, ברמת גן, נפגע התובע יליד 28.8.97 מהרכב אשר היה נהוג על ידי הנתבע 1 (להלן: "התאונה").
- רצ"ב אישור משטרה, מסומן "1" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
4. לאחר התאונה טופל התובע במוקד רפואה דחופה של קופת החולים, שם אובחנו חבלות בפלג גופו השמאלי, באגן וברגל שמאל. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי ונטילת משככי כאבים.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "2 – 3" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

5. נוכח החמרה בכאבים, צליעה, קושי בדריכה והגבלה בתנועות הגב התחתון, הירך ורגל שמאל פנה התובע למוקד לרפואה דחופה ולאחר קבלת טיפול רפואי שוחרר בהמלצה להמשך מעקב, זריקות לשיכוך כאב, מנוחה ממושכת והפניה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "4-11" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
6. תורים לטיפול פיזיותרפיה שנקבעו לתובע בוטלו מטעמה של הקופה והתובע נאלץ לבצע טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים במסגרת פרטית וזאת על מנת להקטין את נזקו ולחזור לכשירות ככל הניתן.
- רצ"ב קבלות, מסומנות "12 – 21" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
7. התובע, צעיר בתחילת דרכו המקצועית, עבד במועד התאונה כאחמ"ש בבית קפה, עבודה פיזית מעצם טיבה וטבעה, נעדר מעבודתו, התקשה בביצועה, נזקק להפוגות במהלכה ולמשמרות קצרות ונגרמו לו הפסדי שכר.
8. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הגב התחתון, ירך וברך שמאל, מקושי בשיבה, עמידה והליכה ממושכות, מקושי בביצוע פעילות פיזית בעצימות גבוהה לה היה רגיל עובר לתאונה, הוא נזקק לטיפולים רפואיים ויזדקק להם גם בעתיד.
9. מאז התאונה מוגבל התובע בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
10. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע להוצאות בגין מוניות והסעות מיוחדות, ויזקק להן גם בעתיד.
11. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- | | |
|---|----------|
| 1. הפסדי השתכרות בעבר - | ₪ 45,000 |
| 2. עזרת הזולת בעבר - | ₪ 10,000 |
| 3. הוצאות רפואיות בעבר - | ₪ 8,000 |
| 4. הוצאות בגין מוניות והסעות מיוחדות בעבר - | ₪ 5,000 |

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

(1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הפיזיולוגית, ולרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

12. הנתבע 1 חייב לפצות את התובע בהיותו הנוהג ו/או המשתמש ברכב במועד התאונה.
13. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב בעת התאונה.
14. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנון והקשרן.
15. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעים לדין, ולחייבם לפצות את התובע כמפורט לעיל, ביחד ולחוד, בצירוף ריבית חוקית מרבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

1

פרטים כלליים
 יחידה בוחנים מחוז תא
 תאריך 11/10/2018
 מס' תיק מסוף 0
 טלפון 03-6802222
 כתובת אמן 2, תל אביב
 נושא המסמך
 מספר תיק פלא 2018
 סיווג תיק ת.ד.
 מס' מסמך בתיק
 פקס 03-6803607
 מייל nim.telaviv@police.gov.il
 מספר תיק פלא 2018
 סיווג תיק ת.ד.
 מס' מסמך בתיק
 פקס 03-6803607
 מייל nim.telaviv@police.gov.il

לכל המעוניין
 1. תאריך התאונה 26/09/2018
 2. מקום התאונה רמת גן, רחוב שד ירושלים בכביש עירוני
 הערות מקום
 3. פרטי כלי הרכב והמעורבים
 בשעה 12:30

מספר רכב
 ללא מספר
 חברה ביטוח
 אין ביטוח
 סוג רכב
 (קורקינט חשמלי) במערכת ת.ד.
 חובר רכב
 מספר פוליסה
 סוג לוחית
 אחר

מעורבים ברכב
 שם
 לוח תום
 קופ"ח / בית חולים
 קופ"ח מכבי
 שיוך המעורב
 (1) חוב
 כתובת
 גבעתיים, רוטברג מאיר 9

מספר רכב
 7872612
 מרכב אחוד
 חברה ביטוח
 איילון
 סוג רכב
 סיטרואן ספרד
 סוג לוחית
 ישראלית

מעורבים ברכב
 שם
 זגורי אבי
 קופ"ח / בית חולים
 קופ"ח / בית חולים
 שיוך המעורב
 (1) נהג
 כתובת
 לוד, פנקס דוד 5

4. פרטי הולכי רגל
 שיוך המעורב
 (1)
 כתובת
 שם
 ת.ד.
 שנת לידה
 חומרת הפגיעה

5. כמות נפגעים: 1
 מצב התיק: גנוז
 מתאריך: 30/09/2018

פרטי המטפל בתיק
 מ"א
 שם משפחה
 אבו ריש
 מו"ב
 שם פרטי
 1-10-2018
 תחנת גבעתיים

פרטי השוטט המוסר
 מ"א
 דרגה
 שם משפחה
 שם פרטי

שם: גיל רצבסקי

מ.ר גורם מפנה

תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253



113778

פרטי הנבדק

שם משפחה: לוז	שם פרטי: תום	ת.ז.: 318637626
ת.לידה: 28/08/1997	מ.י.ז: 036721328	טלפון: 0509553700
כתובת: רוטברג מאיר 9, גבעתיים	מיקוד: 5326211	טל.עבודה/נייד: 0509553700

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה

תאריך: 26/09/2018

שעת קבלה: 19:19

שעת שחרור: 19:56

סיבת הפניה:

ת.ד כרוכב קורקינט חשמלי נפגע מרכב נחבל בצד שמאל בעיקר באגן בבדיקה: הולך נושא משקל LOGROLL שלילי מניע מפרק ירך ללא הגבלה או כאב כאב באספקט לטרלי שמור NV בצילום: ללא ממצא גרמי חריג המלצות: - משככי כאבים במידת הצורך - קומפרסים קרים

טיפול אחות

מדידות:

תאריך	שעה	מדידה	תוצאה
26/09/2018	19:31	לחץ דם	126/74 [ימין, ישיבה]
26/09/2018	19:31	דופק	61
26/09/2018	19:31	חום	36.9 [P.O.]
26/09/2018	19:32	אומדן נשימה	סטורציה: 100
			מס. נשימות בדקה:

טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
26/09/2018	19:31	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
26/09/2018	19:32	מיון ראשוני - TRIAGE		
26/09/2018	19:32	הכוונה לגורם מטפל אחר		רופא מוקד טראומה

הפניות:

מכון רנטגן

תוצאות מעבדה מהיום:

אבחנה:

• CONTUSION

3

מ.ר גורם מפנה



113778

המחלקה לבריאות
המחלקה לבריאות

שם: גיל רצבסקי

תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

טלפון: 3555*

פקס: 03-7178253

פרטי הנבדק

שם משפחה: לוז	שם פרטי: תום	ת.ז.: 318637626
ת.לידה: 28/08/1997	מ.י.ז: ז	טלפון: 036721328
כתובת: רוטברג מאיר 9, גבעתיים	טל.עבודה/נייד: 0509553700	מיקוד: 5326211

0318637626

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה

גיל רצבסקי

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

מ.ר גורם מפנה



0057662843



023370

שם: ד"ר בן ניסן ליאורה

תחום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: הרא"ה 192, רמת גן

טלפון: 03-5748144

פקס: 03-6769149

קוד הפניה: 107641280

פרטי הנבדק

שם משפחה: לוז	שם פרטי: תום	ת.ז.: 318637626
ת.לידה: 28/08/1997	מין: ז	טלפון: 036721328
כתובת: רוטברג מאיר 9, גבעתיים	טל.עבודה/נייד: 0509553700	מיקוד: 5326211
0318637626		

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: טראומה אורתופדית דחופה

מופנה אלי: מכבי השלום (תל אביב)

כתובת: תובל 2 פינת יגאל אלון 96 בניין B תל אביב

טלפון: מוקד מכבי ללא הפסקה - 3555* או 1700-50-53-53

בבדיקה שערכתי בתאריך: 14/10/2018 בשעה: 15:35 נמצא-

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

תלונות: חדש אצלי

בריא בדרכ

לפני כשבועיים נפגע בתאונת דרכים כרוכב קורקינט חשמלי מרכב שנסע, פגע בו, הפיל אותו, נחבל אגן שמאל
בבדק במוקד מכבי באותו היום -
נרשם כדלקמן -

ת.ד כרוכב קורקינט חשמלי נפגע מרכב
נחבל בצד שמאל בעיקר באגן
בבדיקה: הולך נושא משקל
LOGROLL שלילי

מניע מפרק ירך ללא הגבלה או כאב
כאב באספקט לטרלי
שמור NV

בצילום: ללא ממצא גרמי חריג
המלצות:

- משככי כאבים במידת הצורך
- קומפרסים קרים

היום - 14/10/2018

מתלונן על כאבים באגן משמאל, כאבי גב, מתהלך בצליעה קלה. כאבים בדריכה ובישיבה בירך ובגב
בעיון בתיק - צילום ירך שמאל ללא ממצא גרמי
מתקשה לתפקד - לא הלך לעבודה מאז הארוע.
אחמ"ש בבית קפה.

ממצאים: הליכה - מתהלך בצליעה קלה עם קושי בדריכה מלאה על רגל שמאל.

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CONTUSION HIP &/OR THIGH

It

מעשנת: לא

מופנה לצורך:

המשך הערכה

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 15/10/2018 בשעה 15:34:54

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

מ.ר גורם מפנה

שם: ד"ר בן ניסן ליאורה

תחום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

כתובת: הרא"ה 192, רמת גן

טלפון: 03-5748144

פקס: 03-6769149

קוד הפניה: 107641280

פרטי הנבדק

שם משפחה: לוז

שם פרטי: תום

ת.ז.: 318637626

ת.לידה: 28/08/1997

מין: ז

טלפון: 036721328

טל.עבודה/נייד: 0509553700



0318637626

כתובת:

רוטברג מאיר 9, גבעתיים

מיקוד 5326211

מוקד רפואה דחופה

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

14/10/2018

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחוקמת הרופא

החתימה והחוקמת
הרופא חתומה
על המסמך



036845

פרטי הנבדק

שם משפחה: לוז	שם פרטי: תום	ת.ז.: 318637626
ת.לידה: 28/08/1997	מין: ז	טלפון: 036721328
כתובת: רוטברג מאיר 9, גבעתיים	מיקוד: 5326211	טל.עבודה/נייד: 0509553700



0318637626

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה

שעת קבלה: 19:09

שעת שחרור: 19:31

לכבוד: ד"ר בן ניסן ליאורה

סיבת הפניה:

ביקור חוזר מתאריך 26/09/2018:
 ת.ד. כרוכב קורקינט חשמלי נפגע מרכב
 נחבל בצד שמאל בעיקר באגן
 בבדיקה: הולך נושא משקל
 LOGROLL שלילי
 מניע מפרק ירך ללא הגבלה או כאב
 כאב באספקט לטרלי
 שמור NV
 בצילום: ללא ממצא גרמי חריג
 המלצות:
 - משככי כאבים במידת הצורך
 - קומפרסים קרים

ממצאים:

הכאבים ממשיכים. זקוק להמשך בירור במסגרת אמבולטורית.
 נגד כאבים כאן זריקת וולטרן. אינו מעוניין כי בהטבה תחת אופטלגין.

טיפול אחות

מדידות:

תאריך	שעה	מדידה	תוצאה
14/10/2018	19:19	לחץ דם	124/71
14/10/2018	19:19	דופק	82

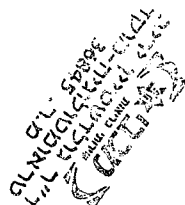
טיפול אחות

תאריך	שעה	התערבות	תוצאה	הערות
14/10/2018	19:19	אומדן כאב	עוצמה: 2	
14/10/2018	19:19	הדרכה לטיפול ושחרור ממוקד		
14/10/2018	19:19	הכוונה לגורם מטפל אחר		
14/10/2018	19:19	מיון ראשוני - TRIAGE		

תוצאות מעבדה מהיום:

אבחנה:

• CONTUSION



פרטי הנבדק

שם משפחה: לוז	שם פרטי: תום	ת.ז.: 318637626
ת.לידה: 28/08/1997	מין: ז	טלפון: 036721328
כתובת: רוטברג מאיר 9, גבעתיים	טל.עבודה/נייד: 0509553700	מיקוד: 5326211



0318637626

אישור מחלה

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

הרופא המעביר את האישור
הוא אחראי על
האבחנה
המפורטת
בשם
הרופא

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 27/09/2018 עד יום: 14/10/2018 סה"כ: 18 ימים.

14/10/2018

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



פרטי מטופל

שם מטופל: תום לוז

ת"ז: 318637626

גיל: 21.1

מין: ז

טלפון: 0509553700, 036721328

ת"ז

0318637626

פרטי רופא

שם רופא: ד"ר בן ניסן ליאורה

תחום שירות: מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5748144

מס ביקור

000095580190

פקס: 03-6769149

רשימת תרופות שהופק להם מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 14/10/2018 (דף זה אינו מרשם)

שם תרופה	אופן שימוש הנחיות	משך טיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני שינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
tab. etodolac 400 mg * ETOPAN XL, ETODOLAC ER	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום (אחרי האוכל קיבה מלאה)	7 ימים	1 טבליה		1 טבליה		14/10/2018-28/10/2018	מכמות ליניפוק: 14 TAB 50 % השתתפות עצמית: **

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

מ.ר גורם מפנה

שם: ד"ר גולדשטיין יריב

תחום שירות: מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: אלון יגאל 96, תל אביב - יפו

טלפון: 03-7614444

פקס: 03-7614202



036845

פרטי הנבדק

שם פרטי: תום	שם משפחה: לוז	ת.ז.: 318637626
טלפון: 036721328	ת.לידה: 28/08/1997	טל.עבודה/נייד: 0509553700
מין: ז	כתובת: רוטברג מאיר 9, גבעתיים	מיקוד: 5326211



0318637626

מכתב שחרור - מוקד רפואה דחופה

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

ד"ר גולדשטיין יריב

חתימה וחותמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.

שם: דר' ברנע מנשה

תחום שירות: אורטופד

כתובת: אלכסנדר 2, רמת גן

טלפון: 03-6704480 03-6704815

פקס: 03-6733231

קוד הפניה: 108065535

מ.ר גורם מפנה



ת.ז.: 318637626

שם פרטי: תום

שם משפחה: לוז

טל.עבודה/נייד: 0509553700

טלפון: 036721328

מין: ז 28/08/1997

ת.לידה:



0318637626

רוטברג מאיר 9, גבעתיים

כתובת:

מיקוד 5326211

מכון פיזיותרפיה

תלונות: חבלת קורקינט 27.9.18 מרכב טפול ראשוני מוקד כאבי אגן שמאל ברך שמאל

ממצאים: רגישות אגן שמאל

ברך שמאל ללא נפיחות רגישות מדיאלית יציבות תקינה סימנים מניסקלים +/- למניסקוס מדיאלי

אבחנה:

- MOTOR VEHICLE ACCIDENT-NOS
- CONTUSION
- RT HIP RT KNEE

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: טפול בבקשה

תוקף ההפניה ל-90 יום, מתאריך - 21/10/2018 עד תאריך - 19/01/2019

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

21/10/2018

תאריך

ד"ר ברנע מנשה
אורטופד מנתח
מ.ר. מומחה
108065535
חתימה וחותמת

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

תאריך: 21/10/18
שעה: 9:03:09

מכבי שירותי בריאות
אישור על הזמנת תור למבוטח

MUDHI_B

פקיד:

דף: 1

לכבוד...

318637626 ת.ז:

לז תום

11

רחוב..... רוטברג מאיר 9
ת.ד.: 0

גבעתיים 53262

תור רגיל.... נקבע לך ביום שני בתאריך 12/11/18 בשעה 12:50

אצל רופא/מטפל ססיות שירלי

מכון : פיזיותרפיה

בישוב רמת גן במרכז רפואי מכבי רמת גן

רחוב אורה 4 טלפון מרפאה: 03-6750333

אוטובוסים:

סוג הביקור בדיקת קבלה לפיזיותרפיה
הנחיות לבדיקה:

1. יש להביא מסמכים רפואיים רלוונטיים מכתב סיכום והמלצות מבית חולים, תוצאות בדיקות הדמיה וצילומי רנטגן במידה ויש.
2. במקרים בהם קיימת הפניה/בקשה להידרותרפיה יש להסביר לחבר כי התור שנקבע נועד לבדיקה וייעוץ טרם החלטה האם תאושר הפיזיותרפיה במים.
3. אם החבר מעל גיל 18 ומדובר בבעיית יציבה, יש להביא הפניה מהרופא המטפל.

הנחיות כלליות לחבר:

1. יש להדגיש בפני המבוטח כי המשך הטיפול יתקיים באותו המכון בו נקבעה הבדיקה.
2. יש להביא כרטיס מגנטי.
3. יש להגיע 5 דקות לפני מועד התור למזכירות המכון.
4. מטופל שאינו דובר עברית-מומלץ להגיע עם מלווה מתרגם.
5. הטיפול כרוך בהשתתפות עצמית.
6. קטין עד גיל 18 חייב בליווי הורה/אפוטרופוס.
7. יש ללבוש או להביא בגדים נוחים המאפשרים בדיקת האזור המטופל.
8. במידה ואינך מתכוון להגיע,חשוב שתבטל את התור במוקד בטלפון *3555 בהקדם האפשרי.
9. המכון נמצא ברחוב אורה 4 פינת אלכסנדר 7.

הינך מתבקש/ת לדייק.

לשינוי או ביטול תור נא להתקשר לטלפון.....: *3555

*** סוף הדו"ח ***

12

ד"ר העצמאות 56 יהוד 0
טל 0547527799, 0774421997

פקס 03-6347385

דוא"ל info@sportclinic.co.il

אתר אינטרנט www.sportclinic.co.il

025334913
18/11/2018

עוסק מורשה
תאריך

מקור No. 41711

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

ת.ז. 318637626

שם: לוז תום

כתובת

טל 1509553, 0545443332

סיכום תשלום

אמצעי תשלום

סכום	פרטים	ת.פרעון	מזומן	נתקבל במזומן
300.00		18/11/2018		

סה"כ ש"ח ללא מע"מ 256.41
מע"מ 17.00 % 43.59
סה"כ ש"ח כולל מע"מ 300.00

עבור טיפול פיזיותרפיה

עידן דנה
החשבת הכלכלה
04-222-1111

13

דרך העצמאות 56 יהוד 0
טל 0547527799, 0774421997
פקס 03-6347385

דוא"ל: info@sportclinic.co.il

אתר אינטרנט: www.sportclinic.co.il

025334913
22/11/2018

עוסק מורשה
תאריך

מקור

No.

41778

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

ת.ז. 318637626

שם: לוז תום

טל: 1509553, 0545443332

כתובת:

סיכום תשלום

סכום	פרטים	ת.פרעון	אמצעי תשלום	מזומן
250.00		22/11/2018	נתקבל במזומן	

סה"כ ש"ח ללא מע"מ 213.68
מע"מ 17.00 % 36.32
סה"כ ש"ח כולל מע"מ 250.00

עבור טיפול פיזיותרפיה

עידו דנה

פזיותרפיסט מוסמך

מגיד 04180

חתימה:

14

ד"ר העצמאות 56 יהוד 0
 טל 0547527799, 0774421997
 פקס 03-6347385
 דוא"ל info@sportclinic.co.il
 אתר אינטרנט www.sportclinic.co.il

025334913
 30/11/2018

עוסק מורשה
 תאריך

מקור No. 41911

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

ת.ז. 318637626
 טל. 0509553, 0545443332

שם: לוח תום
 כתובת:

סיכום תשלום

סכום	פרטים	ת. פרעון	מצע תשלום
------	-------	----------	-----------

250.00

30/11/2018

נתקבל במזומן

מזומן

סה"כ ש"ח ללא מע"מ 213.68
 מע"מ 17.00 % 36.32
 סה"כ ש"ח כולל מע"מ 250.00

עבור טיפול פיזיותרפיה

עידו דנה
 פדיון פיסט כנס
 24/11/2018

חתימה:

15

ד"ר העצמאות 56 יהוד 0
 טל: 0547527799, 0774421997
 פקס: 03-6347385
 דוא"ל: info@sportclinic.co.il
 אתר אינטרנט: www.sportclinic.co.il

025334913
 04/12/2018

עוסק מורשה
 תאריך

מקור No. 41952

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

318637626 ת.ז.

שם לוז תום

טל: 1509553, 0545443332

כתובת:

סיכום תשלום

סכום	פרטים	ת.פרעון	אמצעי תשלום
250.00		04/12/2018	מזומן
			נתקבל במזומן

213.68	סה"כ ש"ח ללא מע"מ
36.32	מע"מ 17.00 %
250.00	סה"כ ש"ח כולל מע"מ

עבור טיפול פיזיותרפיה

חתימה

עירנה

פדיון תשלום מוסמך
 מ.מ. 94153

ד"ר העצמאות 56 יהוד 0
 טל 0547527799 0774421997
 פקס 03-6347385
 דוא"ל: info@sportclinic.co.il
 אתר אינטרנט: www.sportclinic.co.il

025334913
 23/12/2018

עוסק מורשה

תאריך

מקור

No.

42200

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

שם

לוח תום

כתובת

318637626

ת.ד.

1509553, 0545443332

טל

סיכום תשלום

אמצעי תשלום

סכום

פרטים

ת.פרעון

נתקבל במזומן

מזומן

300 00

23/12/2018

256.41	סה"כ ש"ח ללא מע"מ
43.59	מע"מ 17.00 %
300.00	סה"כ ש"ח כולל מע"מ

עבור טיפול פיזיותרפיה

חתימה: 
 פדיון חשבונית
 חשבונית

17

דרך העצמאות 56 יהוד 0
 טל: 0547527799, 0774421997
 פקס: 03-6347385
 דוא"ל: info@sportclinic.co.il
 אתר אינטרנט: www.sportclinic.co.il

025334913
 30/12/2018

עוסק מורשה
 תאריך
 מקור

No.

42322

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

ת.ז. 318637626

שם: לוח תום

כתובת:

טל: 0509553, 0545443332

סיכום תשלום

סכום	פרטים	ת.פרעון	אמצעי תשלום	מזומן
200.00		30/12/2018	נתקבל במזומן	

170.94	סה"כ ש"ח ללא מע"מ
29.06	מע"מ 17.00 %
200.00	סה"כ ש"ח כולל מע"מ

עבור טיפול פיזיותרפיה

עידו דגנה
 חתימה
 פדיון תרפיה נוסמן
 מ.ר. 94/09

דרר העצמאות 56 יהוד 0
טל: 0547527799, 0774421997

פקס: 03-6347385

דוא"ל: info@sportclinic.co.il

אתר אינטרנט: www.sportclinic.co.il

עוסק ב
תאריך

מקור No. 42946

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

ת.ד. 318637626

שם: לוז תום

טל: 553,0545443332

כתובת:

סיכום תשלום

אמצעי תשלום כ.אשראי	שובר	ת.כרמון	פרטים	סכום
אשראי	1001	02/03/2019		250.00

סה"כ ש"ח ללא מע"מ 213.68
מע"מ 17.00 % 36.32
סה"כ ש"ח כולל מע"מ 250.00

עבור טיפול פיזיותרפיה

חתימה:

עידו דנה
פיזיותרפיה

19

דרך העצמאות 56 יהוד 0
 טל. 0774421997, 0547527799
 פקס 03-6347385
 דוא"ל info@sportclinic.co.il
 אתר אינטרנט www.sportclinic.co.il

025334913
 07/03/2019

עוסק מורשה
 תאריך

מקור No. 43379

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

318637626 ת.ז.

שם לוח תום

טל. 1509553, 0545443332

כתובת:

סיכום תשלום

מחיר	מחיר	מחיר	מחיר	מחיר
------	------	------	------	------

250.00

07/03/2019

נתקבל במזומן

מזומן

סה"כ ש"ח ללא מע"מ 213.68
 מע"מ 17.00 % 36.32
 סה"כ ש"ח כולל מע"מ 250.00

עבור טיפול פיזיותרפיה

עידו דנה
 חתימה
 94183

ד"ר העצמאות 56 יהוד 0
 טל: 0547527799, 0774421997
 פקס: 03-6347385
 דוא"ל: info@sportclinic.co.il
 אתר אינטרנט: www.sportclinic.co.il

20

מספר חשבונית: 43206
 תאריך: 08/03/2019
 שם: ד"ר העצמאות 56 יהוד 0
 כתובת: דוא"ל: info@sportclinic.co.il
 מספר חשבונית: 43206
 תאריך: 08/03/2019
 שם: ד"ר העצמאות 56 יהוד 0
 כתובת: דוא"ל: info@sportclinic.co.il

עוסק
 תאריך
 מקור

No. 43206

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

שם: לוז תום
 כתובת:

ת.ד. 318637626

טל: 53,0545443332

סיכום תשלום

אמצעי תשלום כ.אשראי	שובר	ת.פרעון	פרטים	כספים
אשראי	1001	08/03/2019		250.00

סה"כ ש"ח ללא מע"מ	213.68
מע"מ % 17.00	36.32
סה"כ ש"ח כולל מע"מ	250.00

עבור טיפול פיזיותרפיה

עידן דבנה
 חתימת ד"ר העצמאות 56 יהוד 0
 04109

24

דרר העצמאות 56 יהוד 0
 טל: 0547527799, 0774421997
 פקס: 03-6347385
 דוא"ל: info@sportclinic.co.il
 אתר אינטרנט: www.sportclinic.co.il

025334913
 17/02/2019

עוסק מורשה
 תאריך
 מקור

No. 43071

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

שם: לוז תום
 כתובת:

ת.ז. 318637626

טל: 1509553, 0545443332

סיכום תשלום

אמצעי תשלום

סכום	ת.פרעון	פרטים	מזומן	נתקבל במזומן
250.00	17/02/2019			

213.68	סה"כ ש"ח ללא מע"מ
36.32	מע"מ % 17.00
250.00	סה"כ ש"ח כולל מע"מ

עבור טיפול פיזיותרפיה

חתימה:

משרד רו"ח
 94188
 מ.ר. 94188

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 20/

בבית משפט השלום
ברחובות

תום לוז - נגד - איילון חברה לביטוח בע"מ

התובע, תום לוז, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת קופת חולים מכבי ובמסגרת פיזיותרפיה.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.

אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
שם משפחה <u>514</u>	שם פרטי <u>למ</u>	תעודת זהות <u>314637626</u>	שם האב _____	
<u>חגית</u>	<u>9</u>	<u>למ</u>	מס' _____	טלפון _____
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבראותי 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, מחובות שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבראותי 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 תהא 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 והיא 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 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: _____	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: 22.9.20 עד לחתימה ומעוון אריאל מרייברג חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) מס' רשיון: 62254

יפוי כח
הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ תאם סל בעל ת.ז. 318637626 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אחיה צפורה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:
תאריך: 2014 המחלה: יין, יסודות המוסד הרפואי: אסותא
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):
תאריך: 2011 הפגיעה: קיסול ימין המוסד הרפואי: קיסול גרע
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

X 
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד אילן פריד, מרחוב גאול אלון 65, תל אביב מאשר בזה כי ביום 22.9.20
הופיעה בפני תאם סל (המוכרת לי באופן אישי) שהודה/תה בתעודת זהות מס' 318637626
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפורה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

עו"ד אריאל פרידברג
חתימת עורך: 4225

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 30/09/2020 17:37
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	30/09 17:19
FAX NO. /NAME	7569580
DURATION	00:17:42
PAGE(S)	30
RESULT	OK
MODE	STANDARD



בית משפט השלום ברחובות

30 ספטמבר 2020

ת"א 61957-09-20 לז' נ' זגורי ואח'

אישור פתיחת תיקمصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (נصادق بهذا بأنه في يوم) 30 ספטמבר 2020 בשעה (بالساعة) 15:04 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 61957-09-20 לז' נ' זגורי ואח'.

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 3852 077-2703333.

نوي اعاقه يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملزمة للتسهيل بحسب الحاجة للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-2703333 www.court.gov.il, *3852

דע לך כי באם חתנתן 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 מדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



מערכת בתי המשפט

יום רביעי 30 ספטמבר 2020

קבלה מס': 35952573 מקור

תאריך התשלום: יום רביעי 30 ספטמבר 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 חייב	פעילות	סכום בש"ח
20005815555		שובר לתשלום מראש לתיק	יצירת חייב	715.00

נתוני תשלום:

אמצעי תשלום: כרטיס אשראי

סוג כרטיס: ויזה כאל

מספר: 9280

בתוקף עד: 07/2026

מספר שובר אשראית: מספר שובר 42564496

מספר אישור אשראית: 0343202

סוג העיסקה: רגיל

מספר התשלומים בקרדיט: 1

חתימה טלפון

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.

משרד הבריאות



מדינת ישראל

תעודת פיוורפיסט

מס תעודת 10-744639

בהתאם לתקנות לביטוח סיוע לזמני הסדרת הרווחה בעת הצורך בהוצאות
התקופה 2008 - תקנת תעודת פיוורפיסט ל

מר מ-סיבול י'י

מסלול 22/2007/מסלול

ניתן במסגרת תוכנית ביטוח סיוע לזמני הסדרת הרווחה
26.11.2012

משרד הבריאות

מנהל מרכז המידע לבריאות

מס תעודת 10-744639

21/11/2019

לכבוד: כל המעוניין

הנדון: טיפולי פיזיותרפיה בתום לוז

תום טופל אצלי במסגרת טיפולי פיזיותרפיה עקב קרע במיניסקוס בברך ימין .
שיקום שמרני הכלל טיפולים מנואלים , תרגול לשיפור יציבות הברך ושליטה נוירומוסקולרית , תרגול
לשיפור הכוח הגס של הגפיים התחתונות ותרגול אתלטי מתאים לחזרה לכדורגל חובבני.
לאחרונה מתלונן על כאבים בברך ימין לאחר משחק כדורגל חובבני.
ממליץ על ברור וחזרה לטיפול פיזיותרפיה.

בברכה,

שי בן שימול

פיזיותרפיסט מוסמך


חתימה וחותמת

*מסמך זה אינו מהווה ראייה משפטית או בסיס לחוות דעת משפטית. מסמך זה אינו מיועד
להצגה בבית משפט או בכל הליך משפטי אחר ואינו מהווה חוות דעת רפואית או אחרת.

העצמאות 56 יהוד, בניין "שער העיר" קומה 1, 5630425

ספורט קליניק  פקס: 03-6347385 נייד: 054-7527799 info@sportclinic.co.il www.sportclinic.co.il



0010125300



015218

קוד הפניה: 145883166

מכבי שירותי בריאות

שם: דר' ברנע מנשה

תחום שירות: אורטופד

כתובת: אלכסנדר 2, רמת גן

טלפון: 03-6704480 03-6704815

פקס: 03-6733231

פרטי הנבדק:

שם משפחה: לוז

שם פרטי: תום

ת.ז.: 318637626

ת.לידה: 28/08/1997

מין: ז

טלפון: 036721328

טל.עבודה/נייד: 0509553700

כתובת: 0318637626

חוטברג מאיר 9, גבעתיים

מיקוד 5326211

מכון פיזיותרפיה

תלונות: חבלת ברך ימין 29.10.18

הברך מתנפחת מידי פעם כאבים בפעילות יומית
הבדיקה בוצעה בתאריך: 05/11/2018
להלן ממצאי בדיקת MRI של ברך ימין
הכתיבה בוצעה סדרות סגטליות PD בלי ועם דיכוי שומן, קורונליות T1-PD עם דיכוי שומן ואקסיליות PD עם דיכוי שומן.
התמונה קלינית: כאבים, חשד לפגיעה מניסקלית.
ממצאים:

מוקד של בצקת לשדית ב-LTP שינויים ציסטיים תת כוודרלים ב-LFC.
סימני קרע חלקי, יתכן אינטרסטיציאלי ישן של ACL.
PCL והרצועות הקולטרליות שמורות.
פרטי לכך הודגמו אותות תקינים ממש העצם, ללא עדות לשברים בצקות או אוסטיאונקרוזיס.
הרצועות הצולבות והרצועות הקולטרליות הודגמו תקינות.
המניסקוס תקינים משני הצדדים.
המיתרן המיישר מודגם תקין.
סחוס הפיקה שמור.
ללא עדות לנוזל יתר תוך פרקי.
ללא עדות ליצירת ציסטה פופליטיאלית.

ממצאים: ברך ללא נפיחות סימן מגרה קדמי חיובי קל

אבחנה:

• CRUCIATE LIGAMENT - DISRUPTION ANT

מעש/ת: נ

סיבת ההפניה: טפול בבקשה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 17/10/2019 עד תאריך - 14/04/2020

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

17/10/2019

תאריך

ד"ר ברנע מנשה
מ.ר. גורם מפנה
015218
חתימה וחולאת

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



015218

קוד הפניה: 145883096

מכבי שירותי בריאות

שם: דר' ברנע מנשה

תחום שירות: אורטופד

כתובת: אלכסנדר 2, רמת גן

טלפון: 03-6704480 03-6704815

פקס: 03-6733231

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 318637626

שם פרטי: תום

שם משפחה: לוז

טל. עבודה/נייד: 0509553700

טלפון: 036721328

מין: ז

28/08/1997

תלידה:



0318637626

מיקוד: 5326211

רוטברג מאיר 9, גבעתיים

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - ברכיים

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

תלונות: ו/או כליט ברכי ימין 29.10.18

הברך מתנפחת מידי פעם כאבים בפעילות יומית
הבדיקה בוצעה בתאריך: 05/11/2018
להלן ממצאי בדיקת MRI של ברכי ימין
הטכניקה: בוצעו סדרות סגטליות PD
התוויה קלינית: כאבים, חשד לפגיעה מניסקלית.
ממצאים:
מוקד של בצקת לשדית ב- LTP. שינויים ציסטיים תת כונדרלים ב- LFC.
מימני קרע חלקי, יתכן אינטרסטיציאלי ישן של ACL.
PCL והרצועות הקולטרליות שמורות.
פרט לכך הודגמו אותות תקינים ממח העצם, ללא עדות לשברים בצקות או אוסטיאונקרוזיס.
הרצועות הצולבות והרצועות הקולטרליות הודגמו תקינות.
המינסקוס תקינים משני הצדדים.
המגנטון המיישר מודגם תקין.
סחוס הפיקה שמור.
ללא עדות לנוזל יתר תוך פרקי.
ללא עדות ליצירת ציסטה פופליטיאלית.

ממצאים: ברכי ללא נפיחות סימן מגרה קדמי חיובי קל

• CRUCIATE LIGAMENT - DISRUPTION ANT

מעש/ת: לא

מטרת ההפניה: המשך

17/10/2019

**בא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 17/10/2019 עד תאריך 14/04/2020

ד"ר ברנע מנשה
אורטופד
מ.ר. גורם מפנה
17/10/2019
10400

דרך העצמאות 56 יהוד 0
טל 0774421997, 0547527799
פקס 03-6347385

דוא"ל info@sportclinic.co.il
אתר אינטרנט www.sportclinic.co.il

025334913
07/03/2019

עוסק מורשה
תאריך

מקור No. 43379

חשבונית מס/קבלה

לכבוד

ת.ז. 318637626

שם לוח תום

כתובת

טל 1509553, 0545443332

סיכום תשלום

סיכום

250.00

07/03/2019

נתקבל במזומן

מזומן

213.68	סה"כ ש"ח ללא מע"מ
36.32	מע"מ 17.00 %
250.00	סה"כ ש"ח כולל מע"מ

עבור טיפול פיזיותרפיה

עידו דביר
חתימה
04789

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 הוצלי"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.

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

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 בוררות" 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

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 ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ואו מי מטעמן ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לצבא הגנה לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי 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 הבריאותי 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 תהא 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 והיא 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: _____ או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, 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: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח
הריני מייפא את כוחו של: _____ לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------

