

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930
31/01/2021
93/0
דותן איתן
93
דותן איתן
31/01/2021

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

לכבוד
דותן איתן

קבלת פקדון 526 Deposit Receipt

Amount received:

₪ 6,000.00

התקבל סך של:

הסכום במילים:

ששת אלפים שקלים חדשים בלבד.

Payment details:

Amount	סכום	Account	חשבון	Branch	סניף	Bank	בנק	No.	מס'	Type	סוג	תאריך פרעון	Date	תאריך
₪6,000.00										העברה		31/01/2021	31/01/2021	
												פיצויים הראל - איתן ולירון דותן		
												הופקד לחשבון: 133470 - חשבון פקדונות כללי		

פרטי התשלום:

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

דוא"ל: frei.ariel@gmail.com

מקור

066630930
31/01/2021
93/0
דותן איתן
93
דותן איתן
31/01/2021

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

לכבוד
דותן איתן

חשבונית-מס/קבלה 891 Tax Invoice/Receipt

חייב במע"מ Taxable		פטור מע"מ Exempted	
Fees	979.49	0.00	שכר טרחה
Expenses	0.00	0.00	הוצאות
Miscellaneous	0.00	0.00	שונות
Sub Total	979.49	0.00	סיכום
V.A.Tax 17%	166.51	מס ערך מוסף 17% סכום פטור ממע"מ	
V.A.T exempted	0.00		
Total + V.A.T.	1,146.00 ₪	סה"כ (כולל מע"מ)	

הסכום במילים:

אלף מאה ארבעים ושישה שקלים חדשים בלבד.

Payment details:

פרטי התשלום:

Amount	Account	Branch	Bank	No.	מס'	Type	סוג	Date	תאריך
1,146.00 ₪	133470						העברה	31/01/2021	

הופקד לחשבון בנק: 135082 - חשבון עסקית הראל

תד הראל

הערות / תיאור השירות:

אריאל פרייברג, משרד עורכי דין

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

שלם דקס ירדואל

21.1.21

לכבוד

עו"ד נופר טהרני
הראל חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב אבא הלל 3
רמת גן

מ.ל.ב
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בפקס

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 9.9.20

מס' רכב: 382-69-501

הנפגעים: איתן דותן, ת.ז. 60959855,

לירון דותן, ת.ז. 66240656

1. מצ"ב שני כתבי קבלה ע"ס 3,000 ₪ (כ"א) חתומים על ידי מרשיי הנפגעים שבנדון.
2. אודה לביצוע העברה בנקאית לפקודת הח"מ.
3. לעיוןך וטיפולך המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

אטמכתא: EL62934423
תאריך: 13/01/21

8 728262
סט"פ סלוק סופי בגיר

ניתן להחזיר חתום בפקס 03-7348177
או בדוא"ל tviot.hova@harel-ins.co.il

מספר סוג מסמך 749

מס.תביעה: 200310008382
מס.פוליסה: 501706081520
כתב קבלה ויתור ושחרור
אני הח"מ דותן איתן
שכתובתי היא הכלנית 13/2
כדלקמן:

נושא ת.ז. 60959855
מספר 4352432 (התובע) מאשר ומצהיר
הואיל ובתאריך 09/09/2020 או סמוך לתאריך הנ"ל אירעה תאונת דרכים ב-
"רכב מספר 38269501 (להלן: "התאונה"),
אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

והואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם דותן דב
(להלן: "המבוטחים") ועם הראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטחים")
לקבלת פיצויים כמפורט להלן, וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעות
ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או
בעקיפין מהתאונה.

לכן הנני מאשר ומצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבוטחים והמבטחים (להלן: "הנתבעים") באמצעות פרייברג אריאל עו"ד הינו בסך של 3000 ש"ח הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן: "הסכום") וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו. הסכום הינו מעבר לתשלומים תכופים, ככל ששולמו בתביעה זו. בסכום הנ"ל נכללו הפרשי הצמדה וריבית המגיעים לי על פי כל דין.
2. תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר בזה לחלוטין ומוחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, 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 תהינה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי הנתבעים ולא כל נושא משרה ולא בעל תפקיד בהם.
3. הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את הנתבעים, או מי מהם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה ו/או תביעה שתוגש נגדם, או נגד כל אחד מהם לחוד, בגין כל תביעת שיבוב שתשולם על ידם לאדם או גוף שהיטיבו נזקי בגין נזק עבורו קיבלתי פיצוי מהנתבעים עקב התאונה הנ"ל, אך לא יותר מהפיצוי ששולם לי, ולמעט הוצאות רפואיות בגין שירותים שקיבלתי עד היום הכלולים בסל הבריאות שניתנו במסגרת הרפואה הציבורית והנובעים מהתאונה.
4. מוצהר בזה כי הפיצויים כוללים פיצוי גם בגין הוצאות רפואיות עתידיות שאינני זכאי להן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, ככל שאני זכאי לפיצוי כזה.
5. א. ידוע לי, כי הפיצויים על פי מסמך זה מבוססים על כך, שהתאונה אינה מהווה "תאונת עבודה". אני מצהיר ומתחייב, כי לא פניתי ולא אפנה בדרישות מכל סוג ומין למוסד לביטוח לאומי, הכרוכות או הנובעות מהתאונה ולא מהנזקים שנגרמו לי ממנה.

המשך שט"פ- מס. תביעה 200310008382 סכום הצעה 3000 ,
מיום 13/01/21 , מס' אסמכתא EL62934432

- ב. 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 שקיבלתי מהמל"ל ושאני זכאי לקבל מהמל"ל עקב התאונה, אך לא יותר מהפיצוי ששולם לי.
- ג. הנני מאשר, מצהיר ומסכים בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום, תקבול או גמלה כלשהי בגין התאונה, הרי ניתנה 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 על פי שטר קבלה זה.
6. אין בהצעה זו כדי להפסיק מרוץ ההתישנות על פי כל דין.
7. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו הנתבעים לשלם את הסכום.
8. במקרה שכתב זה נחתם על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.
9. ידוע לי כי ככל שרובץ עיקול ו\או שעבוד ו\או משכון או מניעה חוקית אחרת לתשלום סכום הפשרה, הסכום לא ישולם עד הסרתם.
- הסכום הנ"ל ישולם לי לכיסוי גמור ומלא של כל תביעותי בתוך 30 יום מיום קבלת שטר הפטור החתום אצל המבטחים או 30 יום מאישור ביהמ"ש להסכם הפשרה, ככל שמדובר בתביעה משפטית, המאוחר מביניהם.

ולראיה באתי על החתום: 20 01 2021 שנת תתימה דיון ארז
היום 20 איל פרייר 2021 עד לחתימה

אני הח"מ אייל פרייר, 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 תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

תאריך 20.1.21 חתימה דיון ארז
מס' רשיון: 62254 בכבוד רב,

נופר טהרני עו"ד
טל : 03 - 7549860
פקס : 03 - 7348177
הראל חברה לבטוח בע"מ

מס. פקס בא כח : 0773180983
מס. ארוע : 2060619 מס. נפגע : 4

אטמכתא: EL62934432
תאריך: 13/01/21

8 728263
שט"פ סלוק סופי בגיר

ניתן להחזיר חתום בפקס 03-7348177
או בדוא"ל tviot.hova@harel-ins.co.il

מספר סוג מסמך 749

מס.תביעה: 200310008382
מס.פוליסה: 501706081520
כתב קבלה ויתור ושחרור
אני הח"מ דותן לירון
שכתובתי היא הכלנית 13/2
כדלקמן:
הואיל ובתאריך 09/09/2020 או סמוך לתאריך הנ"ל אירעה תאונת דרכים ב-
ע"רכב מספר 38269501 (להלן: "התאונה"),
אשר כתוצאה ממנה נגרמו לי לטענתי נזקי גוף ישירים וגם/או עקיפים.

והואיל ובאתי לידי הסכם סופי וגמור עם דותן דב
(להלן: "המבוטחים") ועם הראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטחים")
לקבלת פיצויים כמפורט להלן, וזה לסילוק גמור, סופי ומלא של כל תביעותי
ודרישותי מכל מין וסוג שהוא, בעבר בהווה ובעתיד, הנובעות במישרין או
בעקיפין מהתאונה.

לכן הנני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- הסכום שהסכמתי לקבל היום מאת המבוטחים והמבטחים (להלן: "הנתבעים") באמצעות פרייברג אריאל עו"ד הינו בסך של 3000 ש"ח הכולל שכ"ט עו"ד ומע"מ (להלן: "הסכום") וחתימתי על כתב זה מהווה אישור להסכמה זו. הסכום הינו מעבר לתשלומים תכופים, ככל ששולמו בתביעה זו. בסכום הנ"ל נכללו הפרשי הצמדה וריבית המגיעים לי על פי כל דין.
- תמורת הסכום וקבלתו הנני מוותר בזה לחלוטין ומוחל באופן סופי ומוחלט על כל זכויותי, דרישותי ותביעותי מכל מין וסוג שהוא, שנגרמו וגם/או יגרמו, 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 תהינה לי תביעות מכל סוג ומין כלפי הנתבעים ולא כל נוסא משרה ולא בעל תפקיד בהם.
- הנני מתחייב/ת לפצות ולשפות את הנתבעים, או מי מהם, מיד עם דרישתם הראשונה על כל דרישה ו/או תביעה שתוגש נגדם, או נגד כל אחד מהם לחוד, בגין כל תביעת שיבוב שתשולם על ידם לאדם או גוף שהיטיבו נזקי בגין נזק עבורו קיבלתי פיצוי מהנתבעים עקב התאונה הנ"ל, אך לא יותר מהפיצוי ששולם לי, ולמעט הוצאות רפואיות בגין שירותים שקיבלתי עד היום הכלולים בסל הבריאות שניתנו במסגרת הרפואה הציבורית והנובעים מהתאונה.
- מוצהר בזה כי הפיצויים כוללים פיצוי גם בגין הוצאות רפואיות עתידיות שאינני זכאי להן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, ככל שאני זכאי לפיצוי כזה.
- א. ידוע לי, כי הפיצויים על פי מסמך זה מבוססים על כך, שהתאונה אינה מהווה "תאונת עבודה". אני מצהיר ומתחייב, כי לא פניתי ולא אפנה בדרישות מכל סוג ומין למוסד לביטוח לאומי, הכרוכות או הנובעות מהתאונה ולא/או מהנזקים שנגרמו לי ממנה.

המסד שט"פ- מס. תביעה 200310008382 סכום הצעה 3000 ,
מיום 13/01/21 , מס' אסמכתא EL62934423

ב. אם אפר התחייבות זו, ובכל זאת אגיש תביעה למל"ל בקשר לתאונה ואקבל פיצוי ולא גמלה ולא כל קצבה מהמל"ל בקשר לתאונה, הנני מתחייב להשיב לנתבעים מיד עם דרישה כל סכום שקיבלתי מהמל"ל ושאני זכאי לקבל מהמל"ל עקב התאונה, אך לא יותר מהפיצוי ששולם לי.

ג. הנני מאשר, מצהיר ומסכים בזה כי אם אקבל מהמוסד לביטוח לאומי תשלום, תקבול או גמלה כלשהי בגין התאונה, הרי ניתנה 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 על פי שטר קבלה זה.

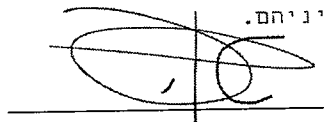
6. אין בהצעה זו כדי להפסיק מרוץ ההתישנות על פי כל דין.

7. ידוע לי כי אין ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימו הנתבעים לשלם את הסכום.

8. במקרה שכתב זה נחתם על ידי יותר מאדם אחד, יהיו כל החותמים מתחייבים מאשרים ומצהירים בכל האמור לעיל, כולם ביחד וכל אחד מהם לחוד.

9. ידוע לי כי ככל שרובץ עיקול ו/או שעבוד ו/או משכון או מניעה חוקית אחרת לתשלום סכום הפשרה, הסכום לא ישולם עד הסרתם.

הסכום הנ"ל ישולם לי לכיסוי גמור ומלא של כל תביעותי בתוך 30 יום מיום קבלת שטר הפטור החתום אצל המבטחים או 30 יום מאישור ביהמ"ש להסכם הפשרה, ככל שמדובר בתביעה משפטית, המאוחר מביניהם.



ולראיה באתי על החתום: 20 בחודש 01 שנת 2021 חתימה
עד לחתימה אילן פריד

אני הח"מ אילן פריד, 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 תכנו ואת התוצאות הנובעות ממנו.

תאריך 20.1.21

חתימה עו"ד אריאל פריינדל
מס' רשיון: 62254
בכבוד רב,

נופר טהרני עו"ד
טל : 03 - 7549860
פקס : 03 - 7348177
הראל חברה לבטוח בע"מ

מס. פקס בא כח : 0773180983
מס. ארוע: 2060619 מס. נפגע: 3

אוצר החייל

מקבוצת הביטחון

סניף 317 כפר גנים

03-9780200 טל' פתח תקוה, 65

0629538 14 31700 409133470

למוטב בלבד

קניין גנים - העצמאות 65

פרייבורג אריאל ת.ז. 066630930

ויצמן 21 דירה 2, תל אביב - יפו 6423970

טלפון: 0546544930

PAY TO

נח

13/04/17 - 2

שלמו ל

N.I.S.

נח

SIGNATURE

חתימה

DATE

תאריך

מס' השיק
CHEQUE No.
מס' הסניף
BRANCH No.
מס' החשבון
ACCOUNT No.

בשיק זה אין לבצע שיתוף לאחר שנכתב.
למעט שיתוף תאריך או סכום.

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

07/01/21

תאריך:

לצרכי מו"מ בלבד מבלי לפגוע
בזכויות ובטענת ההתיישנות

לכבוד

פרייברג אריאל עו"ד
אבא הלל 7, רמת גן

א.ג.נ.

הנדון: תביעה מס: 200310008382

ת.ד.:	09/09/2020
רכב מס':	38269501
שם המבוטח:	דותן דב
שם הנפגע:	דותן איתן

בהתייחס לתאונה שבנדון, ולאחר בחינת נסיבות התאונה ותוצאותיה, הננו נכונים לפצות מרשך, בסך של 1,700 ש"ח הכוללים שכ"ט ומע"מ כחוק.

עם קבלת שטר הפטור במלואו כשהוא חתום ומאושר כדון, נפעל לביצוע התשלום, ובכפוף להמצאת יפוי כח, ככל שטרם הומצא לחברתנו.

רצ"ב שטרי פטור בהתאם.

ניתן לשלוח לנו את שטר הפטור החתום גם בפקס או בדוא"ל, על פי הפרטים הרשומים בהמשך.

הננו להביא לתשומת לבך, כי בהתאם להוראות חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, תקופת ההתיישנות של תביעה שאינה במקרקעין היא שבע שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. יובהר כי הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מירון ההתיישנות. רק אם מדובר בקטין, בחישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה-עשרה שנה. תחול תקופת ההתיישנות שנקבעה בדון שחל במועד האירוע.

לתשומת לבך תנאי שנוסף לשטר הפטור, המתייחס לדיווח למוסד לביטוח לאומי על פי סעיף 328(א1) לחוק הביטוח הלאומי.

להלן אמצעי ההתקשרות עמנו להמצאת דברי דואר:

לפקס: 03-7348177 דוא"ל: tviot.hova@harel-ins.co.il

בדואר: רח' אבא הלל 3 ר"ג, עבור מח' תביעות גוף חובה.

בכבוד רב,
נופר טהרני עו"ד
מחלקת נזקי גוף חובה
הראל חברה לביטוח בע"מ
טל: 03 - 7549860
פקס: 03 - 7348177

מענה קולי-לברור מספרי תביעה + גורם מטפל 03-7547026
בכל פנייה יש לציין את מספרנו.
מס. פקס בא כח: 0773180983

07/01/21

תאריך:

לצרכי מו"מ בלבד מבלי לפגוע
בזכויות ובטענת ההתיישנות

לכבוד

פרייברג אריאל עו"ד
אבא הלל 7, רמת גן

א.ג.נ.,

הנדון: תביעה מס: 200310008382

ת.ד.:	09/09/2020
רכב מס':	38269501
שם המבוטח:	דותן דב
שם הנפגע:	דותן לירון

בהתייחס לתאונה שבנדון, ולאחר בחינת נסיבות התאונה ותוצאותיה, הננו נכונים לפצות מרשך, בסך של 1,700 ש"ח הכוללים שכ"ט ומע"מ כחוק.

עם קבלת שטר הפטור במלואו כשהוא חתום ומאושר כדן, נפעל לביצוע התשלום, ובכפוף להמצאת יפוי כח, ככל שטרם הומצא לחברתנו.

רצ"ב שטרי פטור בהתאם.

ניתן לשלוח לנו את שטר הפטור החתום גם בפקס או בדוא"ל, על פי הפרטים הרשומים בהמשך.

הננו להביא לתשומת לבך, כי בהתאם להוראות חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, תקופת ההתיישנות של תביעה שאינה במקרקעין היא שבע שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. יובהר כי הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מירוצן ההתיישנות. רק אם מדובר בקטין, בחישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה-עשרה שנה. תחול תקופת ההתיישנות שנקבעה בדן שחל במועד האירוע.

לתשומת לבך תנאי שנוסף לשטר הפטור, המתייחס לדיווח למוסד לביטוח לאומי על פי סעיף 328(א1) לחוק הביטוח הלאומי.

להלן אמצעי ההתקשרות עמנו להמצאת דברי דואר:

לפקס: 03-7348177 דוא"ל: tviot.hova@harel-ins.co.il
בדואר: רח' אבא הלל 3 ר"ג, עבור מח' תביעות גוף חובה.

בכבוד רב,
נופר טהרני עו"ד
מחלקת נזקי גוף חובה
הראל חברה לביטוח בע"מ
טל': 03 - 7549860
פקס: 03 - 7348177

מענה קולי-לברור מספרי תביעה + גורם מטפל 03-7547026
בכל פנייה יש לציין את מספרנו.
מס. פקס בא כח: 0773180983

תאריך: 01/11/20
לצרכי מו"מ בלבד מבלי לפגוע
בזכויות ובטענת ההתישנות
אסמכתא: 20301749

לכבוד
לוביט סוכ'
מרק מושביץ 3
ראשל"צ 7559901

א.ג.נ.

הנדון: מכתב פירוט תשלום בהעברה בנקאית צד ג'

2 / 200309815957	תביעה מס':
09/09/2020	אירוע מיום:
803057433220	פוליסה מס':
803057433220	פוליסה מס':
1152262	רכב מס':
וייסמן אדוארד	שם מבוטח:

דב דותן	פרטי התובע:
38269501	שם:
	רכב מס':

בהמשך לדרישתך בסך 44,105.00 ש"ח להלן הסכומים שאושרו לתשלום:

הסכום יועבר לחשבון מס' 5044951 סניף 380 בנק 14

נוק לצד ג'

35,195.00	סכום הנזק הישיר
1,400.00	שכר טרחה שמאי - צד ג'
6,510.00	סכום ירידת ערך
43,105.00	סה"כ נטו לתשלום
2.34	תשלום ריבית ⁽¹⁾
43,107.34	סה"כ לתשלום בשקלים

מועד קבלת כל המסמכים בתביעה ⁽²⁾ 3/10/2020

להלן עיקרי הנימוקים (בתמצית) לאי אישור מלוא סכום הדרישה:
שכר טרחה שמאי - צד ג' שולם שכ"ט סביר לשומה שבוצעה

הננו מתכבדים בזאת להעביר לחשבונך סך של 43,107.34 ש"ח ליישוב תביעתך.

⁽¹⁾ אחוז ריבית : 0 %

⁽²⁾ המועד שבו היו בידי חברת הראל כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה

בכבוד רב,
שם דרורית בוחבוט
טל 03 - 9294000
פקס 03 - 7348109
מחלקת תביעות רכב
הראל חברה לבטוח בע"מ

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

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בפקס

21.12.20

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
מרחוב אבא הלל 3
רמת גן

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 9.9.20
מס' רכב: 382-69-501
הנפגעים: איתן דותן, ת.ז. 60959855,
לירון דותן, ת.ז. 66240656

הנני מייצג את מרשיי שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. בתאריך 9.9.20 היה הרכב שבנדון אשר היה נהוג ע"י מר איתן דותן, מעורב בתאונת דרכים עם רכב הנושא מ.ר. 11-522-62 ומרשיי שבנדון נפגעו בגופן (להלן: "התאונה").
רצ"ב אישור משטרה, רישיון רכב ותעודת חובה, מסומנים "1 – 4"
2. למחרת התאונה, משלא חלפו הכאבים, אלא, התגברו, פנו מרשיי לקבלת טיפול רפואי.
3. מרשיי, פנה לקבלת טיפול רפואי בבית חולים מאיר, בכפר סבא, שם אובחנו חבלות בכתף שמאל ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי שוחרר מרשיי לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה בת 5 ימים.
רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "5 – 6".
4. מרשתי, פנתה לקבלת טיפול רפואי בבית החולים מאיר, בכפר סבא, שם אובחנו כאבים בצוואר ובגב. לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחררה לביתה בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה בת 4 ימים.
רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "7 – 9".
5. אלה, ילידת 16.3.11 אובחנה עם חבלות דו צדדיות באגן ושפשופים ולאחר טיפול רפואי ראשוני שכלל בדיקות, וחיטוי השפשופים שוחררה הקטינה לביתה

בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים והמשך טיפול בהתאם לצורך.

רצ"ב הודעות חוב מד"א וסיכומי אשפוז, מסומנים "3 – 8".

6. הקטינות, אשר סבלו מחוסר שקט, וכאבים בצוואר, בגב התחתון ובאגן, דבר אשר בא לידי ביטוי, בין היתר, בקושי בתפקוד, בכאבים וקושי בהירדמות ושינה רציפה ובעזרה מוגברת מצד ההורים, נבדקו במסגרת הקהילה והונחו להמשך מעקב רפואי לצורך השגחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "9 – 10".

7. לאחר התאונה, ומחמת תוצאותיה, סבלו מרשיי מכאבים בכתף, בצוואר ובגב, מקושי בכיפוף וביצוע פעולות בעצימות גבוהה, מקושי בהירדמות ושינה רציפה והם נזקקו לנטילת משככי כאבים ומנוחה.

8. מחמת התאונה ותוצאותיה נזקקו מרשיי לעזרה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתם וטיפול בילדים..

9. בנסיבות המתוארות לעיל, ועל מנת לייתר את הצורך בהגשת תביעה אהיה מוכן להמליץ בפני מרשיי על סילוק תביעתם תמורת פיצוי גלובלי בסך של 30,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד.

10. אודה עבור עמדתכם המהירה לסילוק התביעה מחוץ לכותלי בית המשפט.

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

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה תחנת כפר סבא שרון
תאריך 10/09/2020 כ"א אלול תש"פ 11:55
מס' תיק מסוף 9 - 2020 - 9674 - 5140
טלפון 09-7473411
כתובת דרך השרון 1
נושא המסמך

מספר תיק פלא
2020 / 589202
סיוג תיק ת.ד. כללי
מס' מסמך בתיק
09-7473484
פקס
מייל

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 09/09/2020 בשעה 13:00
2. מקום התאונה: רעננה שברץ בכביש עירוני הערות מקום:
3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב 1152262	סוג רכב פרטי נוסעים 5 דלתות	תוצר רכב טויוטה יפן	מספר פוליסה	סוג לוחית ישראלית	שנת לידה	חומרת הפגיעה
חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)
לא הוצג	פרטי הרכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)
מספר רכב 38269501	סוג רכב פרטי נוסעים	תוצר רכב סוזוקי הונגריה	מספר פוליסה	סוג לוחית ישראלית	שנת לידה 26/03/1982	חומרת הפגיעה
חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)
הראל	פרטי הרכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)
מספר רכב 60959855	סוג רכב פרטי נוסעים	תוצר רכב סוזוקי-יפן	מספר פוליסה	סוג לוחית ישראלית	שנת לידה 30/11/1982	חומרת הפגיעה
חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)
לא הוצג	פרטי הרכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)

מספר רכב 8415160	סוג רכב פרטי נוסעים 5 דלתות	תוצר רכב סוזוקי-יפן	מספר פוליסה	סוג לוחית ישראלית	שנת לידה	חומרת הפגיעה
חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)
לא הוצג	פרטי הרכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)
מספר רכב 66240656	סוג רכב פרטי נוסעים	תוצר רכב סוזוקי-יפן	מספר פוליסה	סוג לוחית ישראלית	שנת לידה 30/11/1982	חומרת הפגיעה
חברת ביטוח	מעורבים ברכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)
לא הוצג	פרטי הרכב:	שם	קופ"ח / בית חולים	כתובת	שיוך המעורב נהג	(1)

4. פרטי הולכי רגל:

שנת לידה	שם	ת.ז	שיוך המעורב	(1)
חומרת הפגיעה	קופ"ח / בית חולים		כתובת	

מתאריך: 10/09/2020

מצב התיק: בחקירה

5. כמות נפגעים: 2

פרטי המטפל בתיק

שם פרטי

שם משפחה

מ"א

מרק

זולטריוב

1017128

פרטי השוטר המוסר

שם פרטי

שם משפחה

דרגה

מ"א

מרק

זולטריוב

רסב

1017128



רכב חדש פטור ממבחן שנתי



רישיון רכב

מספר רכב 38269501 מ1 פרטי נוסעים 22/07/2021 בתוקף עד 06517503-6 מספר זהות

בעלים דותן ברק דב מען הכלנית 13 דירה 2 רעננה 4352432 תאריך רישום 23/07/18 תאריך הדפסה 08/05/20 תאריך בעלות 23/07/18 כעלים קודמים 00

מועד עליה לכביש 07/2018 מקומות ישיבה למעט הנהג סוג דלק בבין צמיג קדמי 215/55R17 94 V צמיג אחורי 215/55R17 94 V משקל כולל 1730 משקל מורשה

מספר שילדה TSMJYAA2S00602347 תוצר מטע סוזוקי דגם מנוע K14C מספר מנוע 1125045 צבע אפור מטל חזק סריגים 4X2 רישיון נהיגה מתאים B רמת אבזור בטיחותי 1

דרגת זיהום אוויר-מופחת זיהום

שותף

00737571-0

בעלים נוספים:

דותן בתיה

תוצר סוזוקי הונגריה	דגם JYAA2	מרכב הצ'ביק
כינוי מסחרי	רמת מנוע GLX	קבוצת רישוי 3
הספק (כ"ס)	נכרת ציבוח	נכרת ציבוח
140.00	7	7
הנאים הגבלות וסידע נוסף:		

רשומון יבוא 104271491

רכב חדש פטור ממבחן שנתי

הסכום לתשלום (ש"ח)

1811.00

לתשומת לבך: רישיון הרכב תקף רק לאחר תשלום האגרה ועמידה במבחן כשירות תכונה (מסמט) !
 על פי חוק - חלה חובה לשלם את אגרת הרישוי, גם אם לא נעשה ברכב שימוש בפועל.
 מידע על זכויות לפטור מאגרת רישוי ואפשרויות ביטול רישום הרכב ניתן למצוא באתר משרד התחבורה או במוקד הטלפוני 5678*

חידוש רישיון רכב שובר לתשלום



38269501-21-6 כעלים

כעלים

מספר הרכב

38269501-21-6

דותן ברק דב
 הכלנית 13 דירה 2
 רעננה 4352432

קוד מוטב 60-03108
 0-06622-6

לתשומת לבך - מיד לאחר התשלום ניתן לגשת לביצוע מבחן כשירות תכונה (מסמט) ואין צורך להמתין לקבלת רישיון משולם לדרשותך מגון דרכים לתשלום האגרה, כמפורט בגב הטופס

הסכום לתשלום (ש"ח)

1811.00

667-216372 (108186)

תעודת ביטוח חובה בלבד

פקודת ביטוח רכב ממנוי (נוסח חדש) התש"ל - 1970 (להלן פקודת הביטוח)
תעודת ביטוח זו מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה שמספרה נקוב להלן

שים לב!

מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה, טרם כריכת חוזה הביטוח, עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבוטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

מספר הפוליסה	מספר פנימי	מספר רישוי
5017060815/20	33	382-69-501

תאריך ההוצאה ושעת ההוצאה

מספר זהות / ח"פ
65175036

11:40 08/07/2020

פרטי הסוכן
מחוז צוות
לוביט סוכנות לו 51
תא סוכן: 1043

דותן דב	רעננה	4352432	שם היצרן	סוזוקי קרוס אוב	מספר שלדה
הכלנית 13/2	דגם	683230	מספר נוסעים	1373	כחוק
סוג הרכב לצורך ביטוחו	מספר רכב פרטי	(01)	שנת יצוא/מועד העלייה לכביש	2018	
נפח מנוע/משקל	1373		מספר נוסעים	כחוק	
בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: כמפורט בגב התעודה סעיפים 1			מספר נוסעים	כחוק	
מטרות השימוש המותרות: כמפורט בגב התעודה סעיפים 1			מספר נוסעים	כחוק	
הרחבות: אין הרחבות			מספר נוסעים	כחוק	

01/08/2020

אך לא לפני

מועד התחלת הביטוח -
מועד בו הוחתמה
תעודה זו בחותמת הבנק

סכום דמי הביטוח בש"ח

1,052

לחשומת לב המבוטח/הסוכן:
אין כל תוקף לתעודת הביטוח
המסמלת כחב"ד.

מועד הראל - 2735
אבא היל 3 רמת גן
5252202
www.harel-group.co.il

אנו מאשרים בזה שהפוליסה שתעודה זו
שייכת לה מוגשת לפי הוראות פקודת הביטוח.
הראל מבטח לביטוח בע"מ

הראל חבלבטוח בע"מ
שולם בל"ל סניף 800
חשבון 809300-97
08/07/2020 11:40
04980836

ספת שאלות ותשובות זכירות

החלטות על כריכת חוזה הביטוח דמי הביטוח בפוליסה זו, נקבעו בין היתר, בהסתמך על הנתונים על הנתונים שמוסר בעל הפוליסה, כפי שפורטו בתעודת הביטוח וכן על הנתונים המפורטים להלן ובהם נתוני מאגר המידע לאיתור הונאות (להלן "המאגר").

שאלת החיתום	בעת רכישת הפוליסה	נתוני המאגר*	הנתונים ששימשו להפקת התעודה
גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב זה	30 ומעלה	50 ומעלה	30 ומעלה
גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי להשתמש ברכב	נהג	נהג	נהג
שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל, של הנהג הצעיר ביותר	2000	2000	2000
הצפוי לנהוג ברכב הוא	00	00	00
מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא	00	00	00
מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא	00	00	00
נפח מנוע/מ"ק/הספק (כ"ס)/משקל הרכב המבוטח	140 / 1373	140 / 1373	140 / 1373
מספר מקומות ישיבה כמצוין ברישיון הרכב	כחוק	03	כחוק
מערכת בקרת יציבות (ESP)	כן	כן	כן
מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW)	כן	כן	כן
מערכת התרעה על סטייה מנתיב (LDW)	כן	כן	כן

*אם מקור הסתירות במידע שעליו הסתמכנו כאמור לעיל, טבע ממידע שגוי שהתקבל מהמאגר, באפשרותך לערער בהתאם ל"נוהל הגשת ערעור לנתוני המאגר לאיתור הונאות" שפורסם באתר "הראל" www.harel-groups.co.il במחיצת ביטוח - ביטוח רכב.

מספר הפוליסה	מספר פנימי	מספר רישוי	1
5017060815/20	33	382-69-501	
פרטי בעל הפוליסה והרכב	מספר צוות/ח"פ	65175036	
דותן דב	רעננה	4352432	
הכלנית 13/2	דגם	683230	
סוג הרכב	מספר נוסעים	1373	
מספר שלדה	כחוק	2018	
נפח מנוע/משקל	1373		
בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: כמפורט בגב התעודה סעיפים 1			
מטרות השימוש המותרות: כמפורט בגב התעודה סעיפים 1			
הרחבות: אין הרחבות			
מועד התחלת הביטוח - מועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק	01/08/2020		
אך לא לפני	מועד פקיעת הביטוח	31/07/2021	
סכום דמי הביטוח בש"ח	1,052		
אשראי, פריסים בבנק,			



(2) בקק הדואר חש" 8-62003-9 במזומן בלבד

אפשר לשלם בתשלומים
באמצעות כרטיסי

סכום דמי הביטוח בש"ח -
1,052

(3)

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד מתאריך 10/09/2020 הופק ע"י דר' גרימברג אודי מ.ר. 145998 11:00 10/09/2020

מיון אורתופדי
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
מס' קבלה למחלקה: 2020101862
טלפון: 09-7472326
פקס: 09-7410994

שם משפחה:	דותן	ת. לידה:	26/03/1982
שם פרטי:	איתן	ת. זהות:	6095985-5
כתובת:	נחל פולג 21, צור יצחק	מין:	זכר
טלפון:	0542860086	גיל:	38
סוג דם:		שם האב:	ברק דב
גורם מממן:	קופ"ח מכבי		

מספר קבלה: 2020101862
תאריך קבלה: 10:11 10/09/2020

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת דרכים
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזור

רופא אחראי

רופא: דר' גרימברג אודי מ.ר. 145998

סיום טיפול במלד: שחרור

מועבר למחלקה
מקבל ההודעה במחלקה
שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

אבחנות בשחרור

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT (E819)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 38, בריא בד"כ.

יום טרם פנייתו היה מעורב בתאונת דרכים כנהג, ללא חבלת ראש או איבוד הכרה, היה חגור, לא נפתחו כריות אוויר. כעת מציין כאבי גב וכתף שמאל.

בדיקה גופנית

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
10/09/2020 11:00	דר' גרימברג אודי מ.ר. 145998	בבדיקתו:	מתהלך ללא קושי או צליעה. ROM צווארי ללא הגבלה. גב ללא סימני חבלה או דפורמציה, ללא רגישות על פני קו אמצע או פארא-ארטברלית. כוח גס 5/5 בכל התחנות. תחושה שמורה וסימטית.
		כתף שמאל ללא סימני חבלה או דפורמציה, טווחי תנועה מלאים ללא הגבלה, כוח גס שמור, jobe שלילי, ללא חסר NV בפיזור אקסילרי או דיסטלי.	
		לסיכום, רושם למנגנון Whiplash, ללא צורך בהשלמת צילומים בשלב זה. הוסבר למטופל שייתכן והכאבים יחמירו מעט בימים הקרובים.	

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

הוראות ומדדים

תאריך שעה קטגוריה מדד תוצאות והערות
10:24 10/09/2020 מדדים

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	דותן	תאריך לידה:	26/03/1982	מיון אורתופדי
שם פרטי:	איתן	ת. זהות:	6095985-5	מנהל מלר"ד: דר' רוברג יוסף
סוג דם:	שם האב:	ברק דב		אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

A מצב הכרה
123/75 לחץ דם
58 דופק
36.9 חום
3 רמת כאב
לא רלבנטי הקלת כאב



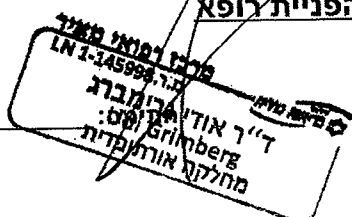
המלצות

המלצה: המשך מעקב רופא מטפל.
נוגדי כאב לפי הצורך.
פיזיותרפיה בקופת חולים.
מנוחה.
בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא בהקדם.

במידה והמטופל פנה למיון בעקבות טראומה, יש לשקול הפנייתו להערכת גורם ברה"נ במסגרת קופ"ח במקרה של הופעת תסמינים נפשיים בתר חבלתיים.

מטופל יקר,
במידה והונחת להגיע לביקורת במרפאות החוץ של ביה"ח, אנא פנה עם שחרור מהרופא אל משרד הקבלה של המיון לתיאום.
ככל וניקבע כי הנך זקוק לניתוח, אנו ניצור עמך קשר. לבירורים ניתן לפנות לטלפון 09-7471140.

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא



מכתב נחתם ע"י: דר' גרימברג אודי מ.ר. 145998

אחות משחררת לאחר הדרכה סיעודית:

הגנת מידע

המכתב הודפס על ידי דר' גרימברג אודי 10/09/2020 11:00

חסי אישוי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 10/09/2020 הופק ע"י ד"ר גרימברג אודי מ.ר. 145998 10/09/2020 10:55

מיון אורתופדי
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
מס' קבלה למחלקה: 2020101859
טלפון: 09-7472326
פקס: 09-7410994

שם משפחה:	ורול	ת. לידה:	30/11/1982
שם פרטי:	לירון	ת. זהות:	6624065-6
כתובת:	נחל פולג 31, צור יצחק	מין:	נקבה
טלפון:	0523853442	גיל:	37
סוג דם:		שם האב:	רפאל
גורם מממן:	קופ"ח מכבי		

מספר קבלה: 2020101859
תאריך קבלה: 10/09/2020 10:08

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת דרכים
הפנייה: לא
סטטוס מטופל: אזרח

רופא אחראי

רופא: דר' גרימברג אודי מ.ר. 145998

סיום טיפול במלרד: שחרור

מועבר למחלקה
שעת הודעה למחלקה
שעת העברה למחלקה

אבחנות בשחרור

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT (E819)

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בת 37, ברקע אסתמה.

יום טרם פנייתה הייתה מעורבת בתאונת דרכים כנוסעת, ללא פתיחת כריות אוויר, הייתה חגורה, ללא תבלת ראש או איבוד הכרה.
כעת מציינת כאבי צוואר וגב.

בדיקה גופנית

תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
10/09/2020 10:46	דר' גרימברג אודי מ.ר. 145998	בבדיקתה:	מתהלכת ללא קושי או צליעה. ROM צווארי ללא הגבלה. גב ללא סימני חבלה או דפורמציה, ללא רגישות על פני קו אמצע או פארא-רטברלית. נח גס 5/5 בכל התחנות. תחושה שמורה וסימטרית.
		לסיכום, רושם למנגנון Whiplash, ללא צורך בהשלמת צילומים בשלב זה. הוסבר למטופלת שייתכן והכאבים יחמירו מעט בימים הקרובים.	

לא ידועה רגישות לתרופות

הוראות ומדדים

תאריך	שעה	קטגוריה	מדד	תוצאות והערות
10/09/2020	10:52	מדדים	רמת כאב	2
10/09/2020	10:21	מדדים	מצב הכרה	A
			לחץ דם	117/74
			דופק	83

מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	ורול	תאריך לידה:	30/11/1982	מיון אורתופדי
שם פרטי:	לירון	ת. זהות:	6624065-6	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף
סוג דם:	שם האב:	רפאל		אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

הגנת מידע

המכתב הודפס על ידי דר' גרימברג אודי 10/09/2020 10:55

חשוב! אישור

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'
אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>רפוא</u> שם האב	<u>066240656</u> תעודת זהות	<u>8'17</u> שם פרטי	<u>מרי</u> שם משפחה
<u>052-385-3442</u> טלפון	<u> </u> מיקוד	<u>בר יצחק</u> עיר	<u>31</u> מס'
			<u>רחוב</u> רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

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

חלק ב'
שם קופ"ח: מכבי סניף: בר יצחק מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות:	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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

במקרה של קטין: שם האב _____ ת.ז. _____ שם האם _____ ת.ז. _____
תאריך: 24.9.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: ד"ר אריאל פריינדל
X _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם פרטי: א'ח'ן תעודת זהות: 060999855 שם האב: 23
 שם משפחה: מ'ר'ח מס': 31 עיר: י'ר'ח מיקוד: טלפון: 054-2860086
 רחוב: מ'ר'ח

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

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

חלק ב' שם קופ"ח: מ'כ'ג' סניף: 310 י'ר'ח מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
 רופאים: _____ מכונים, מעבדות: _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 24.9.24 עד לחתימה ומס' ת' עו"ד אריאל פרייברג חתימה: X
 מס' דש"ר: 62254 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, מר רחוב, מס' 40636, 179 8
ת.ז. מס' 9898, מבלי לפגוע בכלליות המינוי
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות בא כוחי במשפט של נגד
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, תגנה, 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 חכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

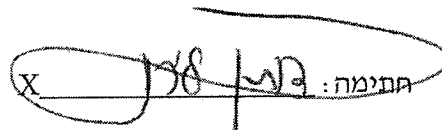
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

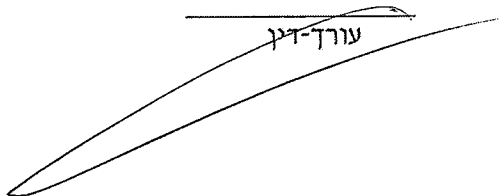
ולראיה באתי על החתום

היום 24 לחודש 9 שנה 2020

חתימה:  X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין



י פ ו י כ ח

אני הח"מ _____ מס' _____
ת.ז. מס' _____, מרחוב _____
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של _____
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ 9/9/20
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הני"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבהאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הני"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש או תביעה או שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הני"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרות פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"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 הני"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 הני"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 24/9/20 לחודש ספטמבר שנה 2020

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 21/12/2020 15:24
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	21/12 15:18
FAX NO./NAME	7348177
DURATION	00:05:49
PAGE(S)	17
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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

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

21.12.20

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
 בפקס

לכבוד
 הראל חברה לביטוח בע"מ
 מחלקת תביעות חובה
 מרחוב אבא הלל 3
רמת גן

ח.נ.

הנדון: תאונה מיום 9.9.20
 מס' רכב: 382-69-501
הנפגעים: איתן דותן, ת.ז. 60959855
לירון דותן, ת.ז. 66240656

הנני מייצג את מרשיי שבנדון והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. בתאריך 9.9.20 היה הרכב שבנדון אשר היה נהוג ע"י מר איתן דותן, מעורב בתאונת דרכים עם רכב הנושא מ.ר. 11-522-62 ומרשיי שבנדון נפגעו בגופן (להלן: "התאונה").

רצ"ב אישור משטרה, רישיון רכב ותעודת חובה, מסומנים "1 – 4"

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

ולראיה באתי על החתום:

עורך דין

X
הלקוח

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

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 24 בחודש 9 שנה 2020

בין : א"י ו-1819 (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 לנוקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום 9/9/20, ועוה"ד נאות לטפל 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 הוצ"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

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

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

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

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

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

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

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

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 24 בחודש 9 שנה 2020

בין : א"י ו' 8111111111 (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 9/9/20 ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך חוסכם בין הצדדים כדלקמן:

- 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:
 - 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
 - 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
 - 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.
- שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצ"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.
- שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.
- במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)
- במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)
- שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.
- 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.

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

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

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____


חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד _____, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום _____
הופיע/ה בפני _____ (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

_____ חתימת עורך הדין