

תאונה מיום 4/8/2023
הנדון: המנוח ישראל מדמוני ז"ל, ת.ז. 234672921
פוליסת תאונות אישיות

הריני מייצג את הוריי המנוח, הקטין שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. בתאריך 4.8.23, אירע הנורא מכל והתינוק, ישראל מדמוני, יליד 26.5.2021 נפל מקומת הדירה בה שהה לצד משפחתו בחופשה ומותו נקבע במקום (להלן: **"התאונה"**).

2. לאחר התאונה טסו בני משפחה וגופת בנם בבטן המטוס והוא הובא לקבורה בישראל.

רצ"ב צילום דרכון המנוח, ספח וצילום ת"ז הוריו ואישור המועצה המקומית, מסומנים "1".

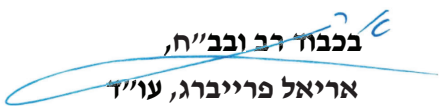
3. נוכח הבשורה המרה, אימו, מרשתי, הגב' הדס מדמוני שהייתה בשבוע ה 11 להריונה הפילה את העובר שנשאה ברחמה.

רצ"ב תעודת חדר מיון, מסומנת "2"

4. על פי תנאי הפוליסה זכאים מרשיי לפיצוי בגין מוות בתאונה.

5. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בהעברת התשלומים להם זכאים מרשיי מכח הפוליסה לפקודת **אריאל פרייברג, עו"ד**.

רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשתי.
כן, רצ"ב אישור ניהול חשבון פקדונות ע"ש הח"מ.


בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

מדינת ישראל
משרד הפנים
דولة اسرائيل
وزارة الداخلية
ספח לתעודת זהות
מלحق לبطאקה ההויה

2 0611196 5

מספר הזהות
رقم الهوية

שם המשפחה הקודם
اسم العائلة السابق
השם הפרטי הקודם
الاسم الشخصي السابق
שם נעורים
اسم النكاح

נשוי

2 0800677 5

מס' הזהות של בן/בת הזוג

מדמוני

הדס

שם המשפחה של בן/בת הזוג
رقم هوية الزوج/الزوجة
שם המשפחה של בן/בת הזוג
اسم العائلة الزوج/الزوجة
השם הפרטי של בן/בת הזוג
الاسم الشخصي الزوج/الزوجة

מספר הזהות
בעל התעודה

رقم هوية حامل البطاقة

ילד/ילדה
ولد/بنت

שם המשפחה
اسم العائلة

השם הפרטי
الاسم الشخصي

המין
الجنس

תאריך הלידה
تاريخ الميلاد

מספר הזהות
בעל התעודה

מספר הזהות
בעל התעודה

رقم هوية حامل البطاقة

ילד/ילדה
ولد/بنت

שם המשפחה
اسم العائلة

השם הפרטי

מספר הזהות
בעל התעודה

رقم هوية حامل البطاقة

מספר הזהות
בעל התעודה

2 0611196 5

מספר הזהות

מדמוני

אריה חננאל

אלון

9

32

מס' דירה
رقم البيت

3760017

חריש

21.08.2023 ד' באלול התשפ"ג

החתימת בעל התעודה
توقيع صاحب البطاقة

2 0611196 5

מספר הזהות
בעל התעודה

ילד/ילדה
ولد/بنت

מדמוני

ישראל

זכר

2 3467292 1

מספר הזהות
בעל התעודה

26.05.2021 ט"ו בסיון התשפ"א

המעמד: אזרחות ישראלית

מספר הזהות
בעל התעודה

رقم هوية حامل البطاقة

ילד/ילדה
ولد/بنت

שם המשפחה
اسم العائلة

השם הפרטי
الاسم الشخصي

המין
الجنس

תאריך הלידה
تاريخ الميلاد

ילד/ילדה
ولد/بنت

שם המשפחה
اسم العائلة

השם הפרטי
الاسم الشخصي

המין
الجنس

תאריך הלידה
تاريخ الميلاد

משרד הפנים
وزارة الداخلية



מדינת ישראל
دولة اسرائيل

תעודת זהות
بطاقة هوية



שם המשפחה
اسم العائلة

מדמוני

השם הפרטי
الاسم الشخصي

אריה חננאל

תאריך הלידה
تاريخ الميلاد

ד' באדר א' התשנ"ה

05.02.1995

תאריך הנפקה
تاريخ الاصدار

ח' בטבת חתשע"ט

16.12.2018

החוקר עד סארי המפעול
تحت إشراف ساري المفعول

כ"ג בכסלו חתשפ"ט

11.12.2028



מספר הזהות
رقم الهوية

2 0611196 5

מספר הזהות
בעל התעודה

תאריך הלידה
تاريخ الميلاد

[illegible]

[illegible]

בקבלך את הדרכות
חזקם כאן

amended - see page שונה - ראה עמוד

STATE OF ISRAEL

מדינת ישראל

Passport No. 1 1071 55

24594081

71000

५३३

שיא

גשר אל"ת

ס. 1777. No. 10

2-3467292-1

עקום ליניארי
5.12.15

02/07/2025

מבית - מסונת ורכוים ב-

חדרה

[illegible]

24594081<5ISR2105264M25070202<3467292<1<<<60

המועצה הדתית ראש-העין



בס"ד

י"ט אב, תשפ"ג
6 אוגוסט, 2023

לכל מאן דבעי,

הנדון: ישראל מדמוני ז"ל 234672921

1. המנוח ישראל מדמוני ז"ל ח.ז. 234672921 תושב העיר רח' הסנהדרין 27 ראש העין נפטר בחו"ל, (במסגרת טיול).
2. מאשר קבורת המנוח בבית העלמין המקומי בראש העין בהתאם לחוק.
3. שינוע המנוח עד לכתב"ג וממנו לבית העלמין באחריות המשפחה.
4. לבירורים נוספים ניתן להתקשר ליוסי לפלא': 055-6600678.

בכבוד רב,

יוסף ח. משולם

מנהל בית העלמין

ראש העין

המועצה הדתית
חברה קדישא
ראש העין

העתק: הרב אשר שוקר – מומנה המועצה הדתית

רח' החלוץ 22, ת.ד. 7 ראש-העין

טלפון 03-9389689 / 03-6358321 | פקס 03-9352932

דוא"ל daniel22@gmail.com | <https://www.midreshhaazayin.org>

№ 01237028656

GEORGIA
Death Certificate

Name: **VISRAEL-ISRAE**
Surname: **MADMONI**
Sex: **Male**
Citizenship: **Israel**
Personal No.:

Date of birth: **26.05.2021** (the twenty-sixth of May, two thousand and twenty-one)
Place of birth: **Israel**
Date of death: **August 4, 2023** (the fourth of August, two thousand and twenty-three)
Place of death: **Georgia, Tbilisi**

Date of registration of death: **August 5, 2023**
Act Record No.: **01237010143**

Date of issue: **August 6, 2023**
Issuing organ: **PSDA Tbilisi Civil Registry Office**

Signature of authorized person: **Jaba Sharvadze**

/signed and/or stamped electronically/

Stamp: Ministry of Justice of Georgia
LEPL Public Service Hall
Material copy of the electronic document
Name/surname: **Ana Sakhvadze**
Position: **Specialized coordinator at Tbilisi Centrak Public Service Hall**
056, 06.08.2023
Signature: /signed/

The document is electronic. Information can be verified at the agency web-site: <http://sda.gov.ge> whether the certificate is valid or not. This document can be downloaded from the web-site <http://sda.gov.ge> with the number **ACT05659/2790** within 1 year.



Handwritten signature of Jaba Sharvadze

****חסוי רפואי****

MAYANEI HAYESHUA MEDICAL CENTER
17 POVARSKY ST. BNEI BRAK, ISRAEL
51544, TEL: 03-5771111



המרכז הרפואי מעיני הישועה
רחוב הרב פוברסקי 17
בני ברק 51544, טל: 03-5771111

מיון גניקולוגי

מנהל אגף נשים וילדות פרופ' מני אריאל מ.ר. 21575
מנהל המערך לכירורגיה גינקולוגית: ד"ר עוז הלל גביש מ.ר. 37622
מנהל יחידה: דר' צברי אבינועם מ.ר. 17422
אח/ות אחראית: סימה זיו
טלפון: 03-5771140 פקס: 03-5771172

מכתב שחרור

מדמוני הדס 208006775

ת. לידה:	10/04/1999	גיל: 24	מין: נקבה	שם האב:	שלמה	מצב משפחתי:	מאונחת
ת. קבלה:	15/08/2023 20:21	3148531		ת. שחרור:		גורם מממן:	גורם מממן
כתובת:	סנהדרין 27	ראש העין		טלפון:	0548994575	סוג דם:	+O
ארץ לידה:	ישראל			גורם מפנה:	ד"ר גומלסקי	brachaa	

סוג דם

סוג דם

O+

מקור מידע

תוצאות מעבדה ממשק

תאריך בדיקה

26/05/2021

11:41

רמת דחיפות: דחוף למחצה - עד 30 דקות

טיפול מוזמן

טיפול מוזמן: מקבל הטיפול מגיע עבור פעילות יעודית מוגדרת, מקבל טיפול ומשוחרר
טיפול מוזמן: לא

אבחנות בביקור

- SPONTANEOUS ABORTION, INCOMPLETE, WITHOUT COMPLICATION (634.91)

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: ידוע על MISSED ABORTION

פרטי קבלה

גורם מפנה

התקבל מ:

תלונה עקרית

תולדות המחלה

בת 24 G2P1LC0 שבוע 11 (לפי ו.א.)

ללא ילדים (לפני שבוע ילד בן שנתיים נפל ונפטר)
היום פנתה לרופאה בקהילה ואובחנה עם הפלה נדחית
טופלה עם ציטוטק 400 מקג PO
פנתה למוקד לאור דימום מוגבר. בבדיקה שם צוואר פתוח וחומר הריוני עובר דרכו לכן הופנתה למיון
שוללת כאבי בטן או חום

ברקע - בריאה בד"כ, ללא ניתוחים בעבר, רגישות - G6PD, ללא תרופות קבועות
סוג דם - O+

ה.ג.

וסת סדיר 30/5

28/05/2023 ו.א.

ללא בעיות גינקולוגיות ידועות

ה.מ.

G2P1

NVD*1 במהלך תקין ללא סיבוכים בלידה או לאחריה

בבדיקתה במיין -

חשה בטוב ללא תלונות

מדדים חיוניים תקינים

בטן - רכה לא רגישה, ללא סימני ג"צ. רחם בגודל תואם גיל הריון ובטונוס תקין

PS - פות, נרתיק, צוואר במפ. צוואר פעור ל-2 סמ ותוכן הריוני בתוך הצוואר. הוצא בעדינות עם קראוזה עם הפחתת הדימום

TVUS - רחם אמצעי. תוכן הטרוגני בחלל 12 ממ

סוג דם - +O

רגישות אחרת

שם החומר תאריך רשום תגובה

27/12/2017 G6PD DEF

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידוע שימוש בתרופות קבועות

בריאה בדרך כלל

לא ידוע על מחלות במשפחה

הרגלים

מעשן/ת: לא

אלכוהול: לא

סמים: לא

שינה: תקינה

לא ידוע על ניתוחים בעבר

מדדים

תאריך שעה קטגוריה

21:03 15/08/2023 מדדים

20:45 15/08/2023 מדדים

תוצאות והערות

מדד

בדיקת דם

BETA-HCG, fibrinogen, כימיה גדולה, סוג דם, ספירת דם, תפקודי קרישה

37.1

חום

92

דופק

108/58

לחץ דם

108/58

לחץ דם

הוראות ומדדים

תאריך שעה קטגוריה

21:03 15/08/2023 מדדים

20:45 15/08/2023 מדדים

תוצאות והערות

מדד

בדיקת דם

BETA-HCG, fibrinogen, כימיה גדולה, סוג דם, ספירת דם, תפקודי קרישה

37.1

חום

92

דופק

108/58

לחץ דם

108/58

לחץ דם

החלטה: שחרור

סיכום ותוכנית טיפול

לסיכום, הופנתה בתמונה של הפלה בלתי שלמה. במיון, הפכה להיות הפלה שלמה. יציבה המודינמית קיבלה ציטוטק 600 מקג SL להשלמת ריקון הרחם וכיוצא
 תישאר שעתיים בהשגחה. במידה מדדים תקינים, יכולה להשתחרר למעקב אמבולטורי
 קיבלה דגלים אדומים בהם עליה לשוב להערכה

המלצות

המלצה: - ביקורת רופא מטפל בעוד שבועיים כולל US
 - המשך שימוש בתכשירי ברזל וחומצה פולית
 - במידה ואינה מעוניינת בהריון יש להתאים אמצעי מניעה דרך רופא מטפל
 - בכל מקרה דימום מוגבר, כאבי בטן עזים, חום גבוה או כל תלונה חריגה אחרת יש לגשת ללא דיחוי לבדיקת רופא במיון

מטופל/ת יקר/ה

1. דעו את זכויותיך

יתכן והנך זכאית לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי.

ככלל, קיימת זכאות לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:

פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשאדם מוגבל כתוצאה ממחלה הקשורה באשפוז זה.

מוצע שתבדוקי את זכויותיך באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי <http://www.btl.gov.il>

באתר ניתן להוריד טפסי תביעה לכל הקצבאות ואף להגיש באמצעות האתר או בדואר ישראל או בהגשה בסניף המוסד לביטוח לאומי.

2. אם במהלך הברור והטיפול בך בלקחה ממך ביופסיה, עלייך להתקשר למזכירות המחלקה לאחר 4 שבועות ממועד לקיחת הביופסיה על מנת לברר תשובת פתולוגיה

3. כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים

מאמנת אגודת איסטי
 519551
 מנהלת פאמז
 מאמנת אגודת איסטי

נחתם ע"י: דר' לעסרי אריאל מ.ר. 145615

גברת נכבדה

עלייך ליטול חומצה פולית למניעת מומים בעובר בכל תקופת הפוריות שלך גם אם את לא מתכננת הריון כולל תקופת הנקה.

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראת חוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, הנרי המנוח ישראל מדמוני ז"ל - אריה חננאל והדס מדמוני
ת.ז. מס' 206111965; 208006775, מרחוב אלון 9, חריש,
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 31 לחודש 12 שנה 2023

חתימה: א ק ס X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אריאל פרינברג, עו"ד
מ.ר. 62284-7

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>ישראל</u>	<u>234672921</u>
שם האב	שם פרטי	ישראל	תעודת זהות
<u>אלון</u>	<u>9</u>	<u>חריש</u>	<u>מיקוד</u>
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
<u>טלפון</u>			

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

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

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

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

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

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ 201006785 שם האב _____ ת.ז. _____ 201111965

תאריך: 31/12/23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
X _____
מ.ר. 62254