



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

אוקטובר 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

באמצעות דוא"ל

תאונה מיום 4/8/2023

הנדון: המנוח ישראל מדמוני ז"ל, ת.ז. 234672921
המבוטח שלמה דהרי – מספר תביעה: 23/532/98488

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. אודה לקבלת מלוא התיעוד שנשלח לחברתכם בעניינו של המנוח לרבות מכתביכם והחלטתכם.
 3. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.
- רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשיי.


בכבוד רב ובנ"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 البتة

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
رقم الهوية

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

חריש

21.08.2023 ד' באלול התשפ"ג

32

מס' דירה
رقم البيت

3760017

2 0611196 5

מספר הזהות
בעל התעודה

رقم هوية حامل البطاقة

ילד/ילדה
ولد/بنت

מדמוני

ישראל

זכר

2 3467292 1

מספר הזהות
رقم الهوية

26.05.2021 ט"ו בסיון התשפ"א

המעמד: אזרחות ישראלית

ילד/ילדה
ولد/بنت

מספר הזהות
בעל התעודה

رقم هوية حامل البطاقة

שם המשפחה
اسم العائلة

השם הפרטי

מספר הזהות
בעל התעודה

رقم هوية حامل البطاقة

מספר הזהות
בעל התעודה

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

ר' באדר א' התשנ"ה
05.02.1995

תאריך הנפקה
تاريخ الاصدار

ח' בטבת תשע"ט
16.12.2018

תוקף עד סגור המפעול
حتى

כ"ג בכסלו תשפ"ט
11.12.2028



מספר הזהות
رقم الهوية

2 0611196 5

מספר הזהות
בעל התעודה

ילד/ילדה
ولد/بنت

שם המשפחה
اسم العائلة

השם הפרטי
الاسم الشخصي

המין
الجنس

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

ישראלית

LD No. 1. 1975-1976

2-3467292-1

ישראל

שליח גסות תורה /
02/07/2025

מפוזר - בסוגי דרכונים ב-

זכרה

P<ISMADMONI<<YISRAEL<<<ISRAE<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
24594081<5ISR2105264M25070202<3467292<1<<<60

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