

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

שם משפחה						שם פרטי						שם האב	
מס' בית						מס' דירה						ת"ד	
רחוב						יישוב						מיקוד	
מספר טלפון													

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, לרבות מכון מור ו/או ב"ח גגה ו/או מרפאות לבריאות הנפש ו/או את כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל, תברות הביטוח והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הגנטי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי כולל חומר המצוי במחשבי מאגר המידע אצל נותני השירותים שפורטו להלן, כולל תיק תביעה מלא, לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שלם ומשלם לי, לרבות מידע ממחלקת רציפות ביטוח במ"ל.

מעות על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות. לרבות מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שלם ומשלם לי, לרבות מידע ממחלקת רציפות ביטוח במ"ל.

שלחן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בבקשתך זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 וכל חוק אחר שהחליף אותו ו/או בא במקומו והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות פרטיים/ארגוניים לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות מידע שנמסר על ידי צד שלישי.

כתב יתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

פרטים נוספים

שם קופת חולים	סניף	מספר חבר	מספר אישי בצה"ל	שם קופת חולים קודמת
שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בתי ספר, גנים				
1.	2.	3.	4.	

ב. במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

ג. ייפוי כוח

הריני מייפה את כוחו של נציג משרד עו"ד _____ או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברתנו, לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

חתימה
 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) תאריך

ד. צד לחתימה

אני הח"מ מאשר כי בתאריך _____ הופיע בפני המבוטח _____ (שם+ת.ז.) וחתם על מסמך זה. _____
 עוד לחתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח - כולל צילום רישיון
 סוכן.

שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד וחותמת כוללת מספר רישיון	תאריך
---------------------	--------------	--	-------

ה. חתימת המבוטח

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח★
-------	-------------------	-----------	---------------