

**הנדון: טופס ויתור על סודיות רפואית - יורשים**

מבוטח/ת נכבד/ה,

על מנת להשלים במהירות את הטיפול בתביעה, נבקשך להעביר טופס ויתור סודיות מקור, חתום על פי ההנחיות שלהלן:

- יש למלא את חלק ב' במלואו בנוכחות עד לחתימה.
- על היורשים החוקיים למלא את פרטיהם במקום המיועד לכך.
- על העד לחתימה להוסיף את פרטיו וחתימתו במקום המיועד לכך.
- על הטופס להיות קריא, ברור ומקורי בלבד.

**אי קבלת טופס ויתור סודיות חתום ומקורי על פי ההנחיות שלהלן עלול לעכב את הטיפול בתביעתך.**

כמו כן, נא פנה לאתר החברה <http://www.aig.co.il/UserFiles/File/public.pdf> לצורך עיון במערכת הכללים של החברה לברור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור. במידה והנך נתקל בקשיים בהורדת מערכת הכללים מהאתר, אנא הודיענו ואנו נשלח אליך.

בברכה,

מחלקת תביעות AIG

\* בכדי שנוכל לטפל במהירות וביעילות, נא לציין מס' תביעה, מס' התובע ושם התובע בכל פנייה.

יש לציין על גבי כל אחד מהמסמכים הבאים את מספר התביעה כפי שמופיע בראש מכתב זה ולהעביר אלינו בהקדם לכתובת: לאיי אי גיי ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25 קריית מטלון, ת.ד. 545 פתח-תקווה 49100, או באמצעות פקס מס' 03-9272442. **אין בהעברת מסמכים אלה משום התחייבות כלשהי של חברתנו להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח. על פי תנאי הפוליסה תקופת ההתיישנות של תביעה הינה 3 שנים מיום קרות האירוע כהגדרתו בפוליסה, בכפוף לאמור בכל דין. לתשומת לבך, הגשת התביעה בחברתנו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות אלא רק תביעה משפטית המוגשת לבית המשפט המוסמך לדון בתביעה.**



# טופס ויתור על סודיות - יורשים

לכבוד

מס' תביעה

1. המבטח: איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.  
או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברת הביטוח לאיסוף מידע

2. (להלן המבקשים)

## חלק א': פרטי המנוח:

|                      |         |                      |          |                      |          |                      |
|----------------------|---------|----------------------|----------|----------------------|----------|----------------------|
| <input type="text"/> | שם פרטי | <input type="text"/> | שם משפחה | <input type="text"/> | מס' ת.ז. | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | שם האב  | <input type="text"/> | כתובת    | <input type="text"/> | טלפון    | <input type="text"/> |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש ( לרבות מרכזי הנפש "גהה" ו"שער מנשה" ), קופות חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הבריאות ו/או לשכות הרווחה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או מוסד שיקומי, פסיכיאטרי ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לעל עובד במוסדות המנהלים קרנות הפנסיה ( לרבות מקפת, מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש בע"מ ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ ) למסור ל- **AIG ישראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמם (להלן "המבקשים")** את כל הפרטים המצויים בידיהם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי התחום הסייעודי ו/או שיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני עדיין חולה בה כעת כולל מחלת האיידס. כמו כן, הנני נותן בזאת הרשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת קופת החולים והרשומים במאגר המידע של קופת חולים.

אני משחרר בזה את כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם 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 מכן מור ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור ומתיר להם בזאת מתן מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל מי מהגורמים המפורטים לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי ו/או המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה כולל מידע על תשלומים ששולמו לי ומשלומים לי, וכן על תשלומים ששולמו לי או משלומים מכל מוסד אחר. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או מי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שלהן כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

הנני מצהיר כי ידוע לי כי המבקשים יהיו רשאים אף להעביר, כל מידע הנוגע לתביעתי ו/או כל מידע אחר אודותיי, שנאסף אצלם, לרבות כל מסמך מתיק הביטוח שלי, בין באופן עצמאי ובין מהגופים המנויים לעיל ובכלל זאת יהיו רשאים להעביר כל מידע אודותיי ו/או כל מסמך הנוגע אלי לרבות הנוגע לתביעתי לכל רשות ממשלתית ו/או רשות מוסמכת אחרת ובכלל זאת המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מבטח אחר. בקשתך זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שמפורטים להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

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

## חלק ב':

|                      |                 |                      |                |                      |          |                      |
|----------------------|-----------------|----------------------|----------------|----------------------|----------|----------------------|
| <input type="text"/> | שם קופ"ח:       | <input type="text"/> | סניף:          | <input type="text"/> | מס' חבר: | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | מס' אישי בצה"ל: | <input type="text"/> | שם קופ"ח בעבר: | <input type="text"/> |          |                      |

## ולהלן באתי על החתום (פרטי היורשים החוקיים):

|                      |        |                      |     |                      |       |                      |
|----------------------|--------|----------------------|-----|----------------------|-------|----------------------|
| <input type="text"/> | שם מלא | <input type="text"/> | ת"ז | <input type="text"/> | חתימה | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | שם מלא | <input type="text"/> | ת"ז | <input type="text"/> | חתימה | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | שם מלא | <input type="text"/> | ת"ז | <input type="text"/> | חתימה | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | שם מלא | <input type="text"/> | ת"ז | <input type="text"/> | חתימה | <input type="text"/> |

אישור ואימות חתימה על ידי עד לחתימה:

|                      |        |                      |               |                      |      |                      |        |                      |
|----------------------|--------|----------------------|---------------|----------------------|------|----------------------|--------|----------------------|
| <input type="text"/> | תאריך: | <input type="text"/> | שם עד לחתימה: | <input type="text"/> | ת.ז. | <input type="text"/> | חתימה: | <input type="text"/> |
|----------------------|--------|----------------------|---------------|----------------------|------|----------------------|--------|----------------------|