

סופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

מס' פקס תביעות: 03-7348177

במסרון: 052-3254199

דוא"ל: tviot.hova@harel-ins.co.il

וכן באמצעות כלים טכנולוגיים נוספים כמפורט בגב החוברת ובאתר החברה.

פרטי מבטוח		שם משפחה		שם פרטי		מס' ת. זהות		שם האב	
רחוב		מספר		עיר		מיקוד		טל.	
<p>אני ה"ח" (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) נותן בזה רשות לכל הרופא ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולמשרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צבא הגנה לישראל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות, ו/או קרן מבטחים, המרכז לבריאות הנפש וכן קופת חולים, בית חולים, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, השירות הפסיכולוגי ושירות התעסוקה ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד ו/או אדם אחר כלשהו (להלן: "נותני השרותים") למסור לחברת הראל לביטוח בע"מ או מי מטעמה (להלן: "המבקשים") את כל המידע ללא יוצא מהכלל, בין בכתב ובין בעל פה, באופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאות - הן מהבחינה הפיזית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות רפואיות, והן מהבחינה הנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות פסיכולוגיות ו/או פסיכיאטריות ו/או מצבי הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחלתה בה בעבר או שהנני חולה בה כעת, כמו כן, אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי, כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו וכל מידע בנוגע למצבי הרפואי.</p> <p>אני משחרר בזאת את כל המוסדות לרבות חברות הביטוח, קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהן ו/או כל עובד מעובדיהן ו/או כל מוסד ממוסדותיהן כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהן, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.</p> <p>הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהינה לי אל כל המוסדות, לרבות קופת החולים ו/או למי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השרות שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב וויתור סודיות זה.</p> <p>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 והאנשים המנויים על נותני השרותים שפורטו לעיל.</p> <p>למרות האמור לעיל יחול כתב וויתור סודיות זה על המוסדות:</p> <p>או על המידע המפורט להלן:</p>									

פרטים נוספים			
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל	

שמות נותני השרותים	
רופאים	מכונים / מעבדות
.....11
.....22
.....33
.....44

ד יפוי כח (ע"י המבטוח או בא כוחו)	
הריני מייפה את כוחו של נציג הראל חברה לביטוח לקבל/למסור את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים לעיל.	
תאריך	שם פרטי+שם משפחה
*במקרה של קטין ו/או חסוי יחתום על המסמך האפטרופוס החוקי. במידה וקיים צו מינוי אפטרופוס - יש לצרפו.	
תאריך	עד לחתימה ומס' ת.ז.
אני ה"ח" מ מאשר/ת בזה שהחתימה הנ"ל הינה של	
הידוע/ה לי באופן אישי, או שאת זהותו/ה קבעתי לפי דרכון או תעודת זהות מס'	
השואצה/ה ביום	
שם העד (שאינו בן משפחה)	חתימת העד