

טופס ויתור על סודיות רפואית / כללית יורשים

חלק א' - פרטי הנפטר			
שם מלא:	ת.ז:	כתובת:	שם האב:
<p>אני/אנו הח"מ יורשו/יורשיו של המנוח _____ ז"ל (להלן: "המנוח") נותן/ נותנים בזה רשות לכל עובד מוסד רפואי ו/או מוסד רפואי, בתי חולים לרבות קופות-חולים ו/או מכון מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לעובדיהם, ו/או מכונים רפואיים ו/או מעבדות רפואיות ו/או רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או צבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון -) על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים ו/או השתלשלות פרופיל ו/או משטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או לשירות התעסוקה ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע -כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד ו/או לשירות הפסיכולוגי-חינוכי ו/או למשרד הבריאות והחינוך ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרכז לבריאות הנפש ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או בתי חולים לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי (להלן: "נותני השירותים") למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשת") את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידי נותני השירותים שפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שתדרוש המבקשת לרבות על מצבו הבריאותי ו/או HIV הסוציאלי ו/או מצבו הסייעודי ו/או השיקומי ו/או מצבו הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי של המנוח/ה ו/או על כל מחלה שחלה בה בעבר לרבות ו/או כרטיס טיפת חלב ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות ולרבות מידע ותיעוד על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח לרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח. כמו כן אני/אנו נותן/ נותנים רשות לכל אחת מחברות הביטוח על עובדיהם ו/או קרנות הפנסיה וכן "הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל במנוח אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבו הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה כל מידע, חוות דעת, תיעוד רפואי וכן כל מידע ומסמכים המתייחסים לתאונות קודמות או מאוחרות שעבר המנוח ו/או לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג אודותיו, לרבות רשימת הרופאים אצלם ביקר, מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו. כתב ויתור זה מחייב אותי/אותנו, את עזבון המנוח ו/או את באי כוחנו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו.</p> <p>אני/אנו מוותר/ים על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי/לנו כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם ולא תהיה לי/לנו כל תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי/בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א -1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.</p>			

חלק ב'			
שם קופ"ח:	סניף:	קופ"ח קודמת:	מס' אישי בצה"ל
שמות רופאים, מכונים ומעבדות:			
1.		2.	
3.		4.	
5.			
ולראייה באנו על החתום:			
שם:	ת.ז:	תאריך:	חתימה:
שם:	ת.ז:	תאריך:	חתימה:
שם:	ת.ז:	תאריך:	חתימה:
שם:	ת.ז:	תאריך:	חתימה:
חתימת עד מהימן (סוכן ביטוח, רופא, עו"ד כולל חותמת ומס' רשיון. לסוכן ביטוח יש לצרף צילום רשיון סוכן)			
עד לחתימה (שם מלא):	ת.ז:	תאריך:	
חתימה (+ חותמת עם מס' רשיון):			



dt30852

קוד מסמך 30852