



## ויתור על סודיות רפואית וכללית

### א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ:

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

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או רופא ו/או מוסד רפואי לרבות בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש ובכלל זה המרכז לבריאות הנפש "גהה", קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון לרבות השתלשלות פרופיל ו/או שירות בתי הסוהר – אישי ורפואי ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות, פירוט בתי ספר והשגי בלימודים ו/או למשרד הפנים ו/או למשרד העלייה ו/או למשרד הקליטה ו/או למנהל האוכלוסין ו/או משטרת הגבולות תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד הבריאות לרבות היחידה לקנאביס רפואי ו/או למכוני גמילה ו/או לשכות הבריאות – כרטיס טיפת חלב ו/או בתי אבות ו/או לעיריות לרבות לשכות הרווחה ו/או למכון לבטיחות בדרכים ו/או למור- המכון למידע רפואי בע"מ/מכון מ.א.ר ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות פנסיה (לרבות עמיתים, מקפת ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ) ו/או למשרד התעסוקה ו/או לכל חברות הביטוח למסור ל- \_\_\_\_\_ (להלן: "המבקשים") ו/או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פסיכולוגי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע בגין תביעות מכל סוג ו/או תאונות עבודה ו/או תאונות דרכים ו/או קודמות ו/או מאוחרות כולל תשלומים, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם 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 בי"ח גהה ו/או מרפאות לבריאות הנפש ו/או את כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל, חברות 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 שילם ומשלם לי, לרבות מידע ממחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי 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 רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות מידע שנמסר על ידי צד שלישי.

כתב ויתור 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                                | תאריך |
| ★ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) |       |

### ד. עד לחתימה

אני הח"מ מאשר כי בתאריך \_\_\_\_\_ הופיע בפני המבוטח \_\_\_\_\_ (שם+ת.ז.) וחתם על מסמך זה. עד 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.

|       |               |           |                                    |
|-------|---------------|-----------|------------------------------------|
| תאריך | שם העד לחתימה | מספר זהות | חתימת העד וחתימת כוללת מספר רישיון |
|       |               |           | ★                                  |

### ה. חתימת המבוטח

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



011060000101270622