

שם הסוכן	מספר רשיון
שם המפקח	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

## ויתור על סודיות רפואית וכללית

### א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי	שם משפחה			מספר זהות			
		מס"ב	מס"ד	מס"ה	1	2	3	4
מספר טלפון	מיקוד	יישוב		מס"דירה	מס"בית	רחוב		

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת החולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או חברות ביטוח ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל עובדיהם ו/או מי מטעמם (להלן "המוסדות") למסור למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמם ו/או לבאי כוחן (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש ע"י המבקש המצויים בידי המוסדות, על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שאחלה / שחליתי / שאני חולה בה, ואני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם מוסד
----------	------	----------	---------

#### שמות נותני השירותים

רופאים	1	2	3	4
מכונים ומעבדות	1	2	3	4

#### שם קופ"ח קודמת

שם קופ"ח קודמת
----------------

### ב. חתימת אפוסטרופוס - במקרה של קטין

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

### ג. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק / סוכן ביטוח בצירוף חותמת / מספר רישיון סוכן.

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד ★
-------	---------------	-----------	-------------

### ד. חתימת העמית

תאריך	מספר זהות	חתימת העמית ★
-------	-----------	---------------

