

לכבוד

אלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ

תאריך: _____ / _____ / _____

ויתור סודיות והסכמה למסירת מידע על פי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 עבור תביעת נכות

אני החתום מטה _____ (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) נושא ת.ז. מס' _____ נותן בזאת רשות למוסד הרפואי ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם וכל מי שפועל בישראל או בחו"ל לרבות המוסד לביטוח לאומי או רשויות המס או משרד הביטחון או כל עובד בתחום הסוציאלי או הסיעודי עפ"י חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 למסור לאלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולי פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי או כל פרט המצוי בידם ללא יוצא מן הכלל שיידרש על ידי המבקש. הנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירת סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר להנ"ל, לרבות טענות מכוח הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

כתב ויתור זה כוחו יפה לצורך דיונים של ועדות רפואיות ו/או ועדת ערעורים וכל ערכאה שיפוטית, ככל שיתקיימו כאלה.

בחתימתי על כתב ויתור זה, הריני מצהיר כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהוא כלפי המוסדות הנ"ל או עובדיהם או נותני השירות שלהם או מטעמם, בקשר למסירת מידע כאמור.

חתימתי על כתב ויתור סודיות זה נעשתה מרצוני החופשי ולאחר שהבנתי את האמור בו.

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

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מס' ת.ז.	
כתובת מגורים		מס' בית		עיר		מיקוד	
שם קופת החולים		סניף		רופא מטפל			

תאריך: _____ / _____ / _____ חתימה: _____ X

עד מהיימן לחתימה*

אני _____ מספר ת.ז. / רישיון _____ מאשר בזה כי הנ"ל חתם בפני על כתב הויתור הנ"ל.
תפקיד החותם: _____
תאריך: _____ / _____ / _____ חתימה: _____ X

TMS7066_171122

* על עד מהיימן לחתום חתימה וחותמת לרבות פרטיו המלאים: שם מלא+ מספר רישיון או מספר ת.ז. עד מהימן הינו: רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק או סוכן ביטוח.