

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

(יש למלא את פרטי המנוח) אנו הח"מ, יורשי המנוח _____ ת.ז. _____ ז"ל (להלן: "המנוח") נותנים בזאת לאלטסולר שחם קופות גמל ופנסיה בע"מ ו/או למי מטעמה הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף לרבות גוף ציבורי כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות ו/או לכל מוסד רפואי בארץ לרבות עובדיו, רופאיו וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופות חולים, רופאיהן ועובדיהן, בתי חולים כללים או פסיכיאטרים או שיקומיים על כל מחלקותיהם, וכן למוסד לביטוח לאומי או רשויות המס או משרד הביטחון או כל עובד בתחום הסוציאלי או הסייעודי, כדי לקבל את כל הפרטים המצויים בידם ללא יוצא מן הכלל, ובכלל זה מידע על מצבו של המנוח, לרבות מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או בתחום הסייעודי ו/או הכלכלי ו/או בתחום השיקומי וכן כל מידע נדרש אחר בנוגע למנוח. הרינו משחררים בזה כל גוף הנזכר לעיל מחובת שמירה על סודיות תאריך _____

בכל הנוגע למסירת מידע כאמור, ומתירים להם בזאת ליתן לכם את המידע כמפורט לעיל, לרבות החלטות שניתנו ע"י גופים כאמור, הקובעים את זכאות המנוח לגמלת נכות וכן אחוזי הנכות שאושרו למנוח ו/או כל החלטה אחרת.

כמו כן הרינו מוותרים בזאת על חובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותו של המנוח ו/או מחלתו ובכל עניין הקשור לעבודתו של המנוח.

כתב ויתור זה כוחו יפה גם לצורך הדיונים של ועדות רפואיות ו/או ועדות הערעורים ו/או לכל ערכאה שיפוטית, ככל שהתקיימו ו/או יתקיימו כאלה. עם חתימתנו על כתב ויתור זה, הרינו מצהירים כי לא תהיינה לנו כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי המוסדות המוזכרים לעיל, ו/או עובדיהם ו/או נותני השירות שלהם ו/או מטעמם, בקשר למסירת מידע כאמור.

האמור בכתב ויתור זה מחייב גם את עזבונו ו/או את באי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומם.

פרטי היורשים			
שם היורש	תעודת זהות	טלפון נייד	ישוב
רחוב	בית	מיקוד	תאריך
			חתימה
			X
שם היורש	תעודת זהות	טלפון נייד	ישוב
רחוב	בית	מיקוד	תאריך
			חתימה
			X
שם היורש	תעודת זהות	טלפון נייד	ישוב
רחוב	בית	מיקוד	תאריך
			חתימה
			X

מאמת החתימה/ נציג הקרן			
שם הנציג	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה

*לכתב ויתור סודיות זה יש לצרף צו ירושה ולהחתיים את כל היורשים המופיעים בו.

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

*על עד מהימן 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. כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו.