

לכבוד:
מור גמל ופנסיה בע"מ

הנדון: ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א - הצהרת ויתור סודיות

אנו החתומים מטה, יורשי המנוח _____ ת.ז. _____ ז"ל, (להלן "המנוח"), נותנים בזאת רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאים, עובדיהם, ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון - ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין - למשרד הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי-חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביח' גה' ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למור גמל ופנסיה בע"מ ו/או מי מטעמם (להלן "המבקש") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש את כל המידע אודות המנוח בטרם פטירתו, לרבות מצבו הבריאותי ו/או הכלכלי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או מצבו הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחלה בה בעבר כולל כרטיס טיפת חלב.

כמו כן אנו נותנים בזאת רשות לכל אחת מחברות הביטוח ו/או חברות מנהלות של קרנות הפנסיה למסור למבקש כל מידע רפואי, וכל מידע המתייחס לביטוחים ו/או לכיסויים ביטוחיים של המנוח ולרבות החלטות רפואיות, פרוטוקולים של ועדות רפואיות וחוות דעת מכל סוג ו/או לתביעות קודמות ו/או מאוחרות שהגיש המנוח כולל מצב התביעה, סכום הסילוק וסכומים להם היה זכאי מהחברות האמורות בגין תביעותיו ותקופת נכות שנקבעו בגין מצבו הרפואי.

הננו משחררים בזאת את כל האמורים לעיל, מחובת שמירת סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או מחלותיו של המנוח ומוותרים על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהינה לנו אליו 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.

בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם.

כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עזבונו ובאי כוחנו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו.

חלק ב' - חתימות היורשים

שם היורש	מס' זהות	כתובת	טלפון נייד
תאריך חתימה		חתימת היורש	
		X	
שם היורש	מס' זהות	כתובת	טלפון נייד
תאריך חתימה		חתימת היורש	
		X	
שם היורש	מס' זהות	כתובת	טלפון נייד
תאריך חתימה		חתימת היורש	
		X	

חלק ג' - חתימת עד*

תאריך	שם	תעודת זהות	מס' רישיון	חתימה וחותמת
				X

*עד לחתימה הינו רופא, עו"ד או סוכן ביטוח בעל רישיון רישיון פנסיוני בצרוף העתק רישיון סוכן.
על חתימת העד לכלול חותמת קריאה וברורה עם מס' הרישיון של העד.