

טופס וויתור על סודיות – למילוי רק במקרה של פגיעת גוף על ידי ל"א מהנפגעים

לכבוד

1. המבטחת "מנורה" חברה לביטוח בע"מ ע"י
בא כוחה ו/או שלחיה ו/או חוקריה
2. (להלן: "המבטחים")

אני החתום מטה: (במקרה של קטיין יירשמו פרטיו)

שם המשפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	מיקוד	סלפון
עיר מגורים	עיר מגורים	מיקוד	סלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהן, ו/או למשרד הבטחון ו/או למשרד החינוך, השרות הפסיכולוגי, שרות בתי הסוהר, ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הטיעודי ו/או הביטוחי ו/או לקצין תגמוליים ו/או אנף השיקום ו/או צה"ל ו/או מוסד שיקומי פסיכיאטרי, למסור למבטחים את כל הפרטים המצויים ביד נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובראפן שידרשו המבטחים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הטיעוד ו/או השיקומי ו/או כל מוחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

כמו כן, הניג נותן זאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידד המבטחים את רשימת הרופאים שטפלו בי במסגרת קופת החולים והרשומים במאגר המידע של קופת חולים.

אני משחרר בזה את כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחבת שבניה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הטיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגודה במאגרי המידע של המוסדות כאמור, ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שעפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התלולומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הניג נותנת על סודיות זו כלפי המבטחים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

לפרות האנור לעיל לא יחול כתב סודיות זה על (סמן X במשבצת המתאימה):

המוסדות / הרופאים הנאים: _____
המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'
שם קופ"ח: _____ מסי חבר: _____ שם המוסד: _____
סניף: _____

שמות נותני השירותים:

רופאים: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
מכונים / מעבדות: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

כסי אישי בצה"ל: _____ קופ"ח קודמת: _____
במקרה של קטיין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך _____ עד להתמנה נפס' ת.ז. _____ חתימה _____

יפוי כח

הרניג מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי
המפורט לעיל.

תאריך _____ עד להתמנה נפס' ת.ז. _____ חתימה _____