

**טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות**

**חלק א'**

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
טלפון	מיקוד	עיר	רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאיה, עובדיה ו/או מי שמטעמו ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ולכל מרפאות בריאות הנפש ולשלישות הראשית בר"ג – צה"ל למסור לחברת הפול ו/או למי שמציג כתב הרשאה מטעמה לאיסוף מידע (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיודשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הננו מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים 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 המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופאיהם או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

- אני הח"מ מתיר לכל חברות הביטוח ולהפניקס חברה לביטוח ולמנורה חברה לביטוח בע"מ ולמגדל חברה לביטוח בע"מ ולאליהו חברה לביטוח בע"מ ולשלמה חברה לביטוח ו/או להכשרת היישוב חברה לביטוח בע"מ ולביטוח חקלאי חברה לביטוח בע"מ ולביטוח ישיר חברה לביטוח בע"מ ולאייילון חברה לביטוח ולכלל חברה לביטוח ולאריה חברה לביטוח בע"מ ול-AIG חברה לביטוח ו/או לשירביט חברה לביטוח ו/או לשומרה חברה לביטוח ו/או להדר חברה לביטוח ו/או דולב חברה לביטוח ולליברה חברה לביטוח ולווישור חברה לביטוח ולקרנית למסור מידע אודות תאונות דרכים לרבות נזקי גוף שנגרמו לי אם אירעו או נגרמו בעבר.

**חלק ב'**

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

רופאים: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין, שם האם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך	עד לחתימה	חתימה
	חתימת העד + חותמת+ מ"ד	(במקרה של קטין – חתימת האפוטרופוס)

**ייפוי כח**

הריני מייפה את כוחו של נציג \_\_\_\_\_ לקבל את המידע המפורט לעיל

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_