



ויתור על סודיות רפואית וכללית
 הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
 נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם

א - פרטי המבוטח				
שם משפחה		שם פרטי	מס' ת. זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	טלפון	כתובת דוא"ל
<p>אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל רופא ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולמשרד הביטחון על כל שלוחותיו/או שלטונות צבא ההגנה לישראל על רופאיו והוועדות הרפואיות, המרכז לבריאות הנפש וכן קופת חולים, בית חולים, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלוקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, השירות הפסיכולוגי ושירות התעסוקה ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור – סיעוד ו/או אדם אחר כלשהו (להלן: "נותני השירותים") למסור לחברת פספורטכארד ישראל סוכנות לביטוח כללי (2014) בע"מ או מי מטעמה (להלן: "המבקשים") את כל המידע ללא יוצא מהכלל, בין בכתב ובין בעל פה, באופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי – הן מהבחינה הפיזית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות רפואיות, והן מהבחינה הנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות פסיכולוגיות ו/או פסיכיאטריות ו/או מצבי הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ובכלל זה פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהנני חולה בה כעת. כמו כן, אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי, כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו וכל מידע בנוגע למצבי הרפואי. אני משחרר בזאת את כל המוסדות לרבות חברות הביטוח, קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהן ו/או כל עובד מעובדיהן ו/או כל מוסד ממוסדותיהן כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או שיקומיים ו/או סניף מסניפי מוסדותיהן, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.</p> <p>הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהינה לי אל כל המוסדות, לרבות קופת החולים ו/או למי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירות שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב סודיות זה.</p> <p>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 והאנשים המנויים על נותני השירותים שפורטו לעיל.</p> <p>כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p>				

ב – פרטים נוספים		
שם קופ"ח	סניף	שם קופ"ח קודמת

ג – ייפוי כוח (ע"י המבוטח או בא כוחו)		
<p>הריני מייפה את כוחו של נציג פספורטכארד ישראל סוכנות לביטוח כללי (2014) בע"מ לקבל את המידע כמפורט לעיל.</p>		
תאריך	שם פרטי + שם משפחה	חתימת המבוטח
<p>במקרה של קטין ו/או חסוי יחתום על המסמך האפוסטרופוס החוקי. במידה וקיים צו למינוי אפוסטרופוס – יש לצרפו.</p>		
אישור עד לחתימה (רופא/עורך דין/סוכן ביטוח)		
<p>אני הח"מ מאשר/ת בזה שהחתימה הנ"ל הינה של המוכר/ת לי באופן אישי, או שאת זהותו קבעתי לפי דרכון או תעודת זהות מס' שהוצאה ביום/...../..... על ידי</p>		
שם העד	חתימת העד	(בצירוף חותמת עם מספר רישיון)