

## מספר תביעה :

לכבוד

1. המבטח: איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.  
או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברת הביטוח לאיסוף מידע
2. \_\_\_\_\_  
(להלן המבקשים)

## טופס ויתור על סודיות

### חלק א'

אני החתום מטה (במקרה של קטין, נפטר או חסוי ירשמו פרטיו):  
שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש ( לרבות מרכזי הנפש "גהה" ו"שער מנשה" ), קופות חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הבריאות ו/או לשכות הרווחה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או מוסד שיקומי, פסיכיאטרי ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות הפנסיה ( לרבות מקפת, מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש בע"מ ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ )

למסור לאיי.איי.ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמם (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידיהם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי התחום הסיעודי ו/או שיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני עדיין חולה בה כעת כולל מחלת האיידס. כמו כן, הנני נותן בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת קופת החולים והרשומים במאגר המידע של קופת חולים.

אני משחרר בזה את כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסיפי מוסדותיהם לרבות מכן מור ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור ומתיר להם בזאת מתן מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל מי מהגורמים המפורטים לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי ו/או המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה כולל מידע על תשלומים ששולמו לי ומשלומים לי, וכן על תשלומים ששולמו לי או משלומים מכל מוסד אחר. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או מי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן 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 רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שמפורטים להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על: המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_  
כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

### חלק ב'

שם קופ"ח \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' חבר \_\_\_\_\_  
רופאים: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח בעבר: \_\_\_\_\_

ולהלן באתי על החתום :

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין:

תאריך: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ שם האם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

במקרה של נפטר: שם היורשים:

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

במקרה של חסוי: שם האפוטרופוס:

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

אישור ואימות חתימה על ידי עו"ד:

תאריך \_\_\_\_\_ שם עו"ד + מ.ר.: \_\_\_\_\_ חתימת עו"ד + חותמת: \_\_\_\_\_