

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 (פרטי התובע):

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 מטעמן 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 הסייעודי ו/או מוסד שיקומי, פסיכיאטרי ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות הפנסיה הוותיקות והחדשות ללא יוצא מן הכלל (לרבות מקפת, מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש בע"מ ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ) למסור ל- **AIG ישראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמן (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 הסייעודי 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 מסניפי מוסדותיהם לרבות מכון מור ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה וכן כל רשות ממשלתית ו/או רשות מוסמכת אחרת, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי 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 מטעמן ו/או נותני השירותים שלהן כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

הנני מצהיר כי ידוע לי כי המבקשים יהיו רשאים אף להעביר, כל מידע הנוגע לתביעתי ו/או כל מידע אחר אודותי, שנאסף אצלם, בין באופן עצמאי ובין מהגופים המנויים לעיל ובכלל זאת יהיו רשאים להעביר כל מידע אודותי ו/או כל מסמך הנוגע אלי לרבות הנוגע לתביעתי לכל רשות ממשלתית ו/או רשות מוסמכת אחרת ובכלל זאת המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מבטח אחר.

בקשתי והצהרתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או כל מידע אחר מכל מין וסוג שהוא לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן 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: _____
מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח בעבר: _____

ולהלן באתי על החתום:

תאריך: _____ שם מלא: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____

במקרה של קטין בלבד, על ההורים למלא פרטיהם ולחתום:

תאריך: _____ שם האם: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____
תאריך: _____ שם האב: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____

אישור ואימות חתימה על ידי עד לחתימה שהינו רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/פסיכולוג :

תאריך: _____ שם עד לחתימה: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____