

משרד עורכי דין

RAVIT GUY-DROR
YOSSI BEN-MOSHE
TOVA TABECHNIK
SIVAN TURGEMAN
OFRI MERCHAV
EDEN KAHILA
AVIV BOGDANSKI
ARIEL KAND
LIVNAT ZFIRA
RIVKA TACHALOV
DANIEL CHAUSHO HUZENMAN
CHEN MOSHE
NOUR JALJOLY
NAWRAS BOUKHARI
AHMAD SAADA
ANAT COHEN

ADV.
ADV.
ADV. רח' נחלת יצחק 34א' תל אביב-יפו 6744825
ADV. 34 NAHALAT ITZHAK, TEL AVIV-YAFO
ADV. PHONE: 03-696-3233 :טלפון:
ADV. FAX: 03-691-5231 :פקסימיליה:
ADV. E-MAIL: OFFICE@RGD-LAW.CO.IL :אי-מייל:
ADV.
ADV.
ADV.
ADV.
ADV.
ADV.
ADV.
ADV.
ADV.

עו"ד	רוית גיא-דרור
עו"ד	יוסי בן משה
עו"ד	טובה טבצ'ניק
עו"ד	סיון טורג'מן
עו"ד	עפרי מרחב
עו"ד	עדן קהילה
עו"ד	אביב בוגדנסקי
עו"ד	אריאל קנד
עו"ד	ליבת צפירה
עו"ד	רבקה טחלוב
עו"ד	דניאל צ'אושו הוזנמן
עו"ד	חן משה
עו"ד	נור ג'לילי
עו"ד	נאוורסא בוחארי
עו"ד	אחמד סעאדה
עו"ד	ענת כהן

DATE	21/08/23	תאריך
OUR REF.	45/282	מספרנו

מבלי לפגוע בזכויות ובטענות התיישנות

לכבוד
 עו"ד אריאל פרייברג
 באמצעות דוא"ל

ח.נ.

הנדון : ת.א. 24211-07-23 (בכפר סבא)
עמנואל שרעבי נ' מועצה אזורית שומרון ואח'

1. משרדנו מונה לייצג את הנתבעות – מועצה אזורית שומרון ואיילון חברה לביטוח בע"מ, בתיק שבנדון וכן לבדוק את כל הסוגיות הרלוונטיות המתעוררות, בכפוף לבדיקת הכיסוי הביטוחי.
2. מצ"ב טופס ויתור על סודיות המופנה לתובעת/עמנאל שרעבי. נבקש לקבל טופס ויתור על סודיות חתום על ידי מרשך/תך לאחר מילוי הפרטים הנדרשים בו, ואישור חתימה על ידי עו"ד כדין, וזאת לשם קידום מהיר ויעיל של התיק.
3. כמו כן, נודה לקבלת מלוא כתב התביעה בצבעוני על כל נספחיו וכן חוות הדעת הרפואית מטעמכם – העותק שהועבר למשרדנו אינו קריא.
4. בהתאם לתקנות ולפגרות השונות, עלינו להגיש את כתב ההגנה עד ליום 13/11/2023 ואנו נעשה מאמץ להגישו במועד. במידת הצורך ניצור עמך קשר בנושא לקבלת ארכה.
5. תודה רבה.



אחמד סעאדה, עו"ד

רוית גיא דרור, משרד עורכי דין

טופס ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א'

אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

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

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או למכון מור-מאר בע"מ ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור משרד עורכי דין רות גיא דרור ו/או _____ חברה לביטוח (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. 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.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות 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 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:

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

שמות נותני השירותים:

רופאים	1. _____
מכונים, מעבדות	2. _____
3. _____	4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופה קודמת: _____

חלק ג'

במקרה של קטין:

שם האב: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

חלק ד'

שם עד לחתימה _____ ת.ז.: _____ חתימת העד + חותמת: _____

חתימה	תאריך
-------	-------