

DATE	27/04/25	תאריך
OUR REF.	2014/61	מספרנו

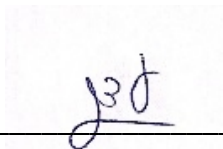
מבלי לפגוע בזכויות ובטענות התיישנות

לכבוד
עו"ד אריאל פרייברג
באמצעות דוא"ל

ח.ג.

הנדון: ת.א. 58680-02-25 (שלום כפר סבא)
זיתון ואח' נ' מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ אח'

1. משרדנו מונה לייצג את הנתבעת – מנורה 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 סוהיר תירזיה זיתון. נבקש לקבל טופס ויתור על סודיות חתום על ידי מרשתך 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 – העותק שהועבר למשרדנו אינו קריא.
4. נודה להסכמתכם לארכה בת 60 ימים להגשת כתבי בי דין מטעמנו.
5. תודה רבה.



עדן דהן, עו"ד

רו"ת גיא דרור, משרד עורכי דין

טופס ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א'

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

שם משפחה	סוהיר זיתון	תיריזה	066088733
שם פרטי	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
כליל החורש	23	נוף הגליל	מיקוד
רחוב	מספר	עיר	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 ביה"ח גהה ו/או למרפאות בריאות 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 בריאות 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: _____ מכב' _____ סניף: _____ נצרת _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

שמות נותני השירותים:

רופאים	1. _____
2. _____	3. _____
4. _____	1. _____
2. _____	3. _____
4. _____	_____

מכונים, מעבדות

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

חלק ג'

במקרה של קטין:

שם האם: _____ ת.ז: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ ת.ז: _____ חתימה: _____

חלק ד'

שם עד לחתימה עו"ד אריאל פרייברג ת"ז: _____ 066630930 חתימת העד + חתימת עו"ד

4.5.25

תאריך

חתימה