

דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בטר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 5110802, מספר משרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה אם תמלא/י את הפרטים בטופס זה.
אם המבוטח קטין, אחד מהוריו ימלא את הטופס, אך שני ההורים יחתמו.
טופס זה אינו מהווה הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870. השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל ובפקס.

פרטים אישיים	
שם משפחה ישי	שם פרטי רחל
מספר ת.ז. 017101153015118121461916	תאריך לידה 01/10/11
טלפון בבית 03-5403685	טלפון נייד 052-3436754
כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא Rachelishays@gmail.com	
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה (ככל שימונה איש קשר בתביעה, משלוח ההודעות יבוצע בהתאם לבחירה בפעיר 3): ☒ דואר ישראל ☐ דוא"ל	
פרטי האישיות הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטי האישיות בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו. ☒ מאשרות ☐ לא מאשרות מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת. לידיעה - במידה ולא מאשר עדכון הפרטים ו/או לא מצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת "האיזור האישי" שלך שבאתר החברה.	

פרטי איש קשר	
שם משפחה ישי	שם פרטי רחל
מספר ת.ז. 21015171010151013	קרבה למבוטח קר
טלפון בבית 03-5403685	טלפון נייד 052-5856754
כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא Hadarishay@gmail.com	
רחוב ישי	מס' בית 35
שכונה תל אביב	מיקוד תל אביב
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה: ☒ דואר ישראל ☐ דוא"ל	
לידיעתך, איש הקשר אינו משום מיופה כוח או אפוטרופוס מבחינה משפטית ומשמש כתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח ולקבלת מידע בקשר עם התביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל. מבוטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמיופה כוח, יעביר ייפוי כוח חתום או צו מינוי אפוטרופוס על-ידי בית המשפט.	

מינוי הסוכן לטיפול בתביעה
הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל ולשמש כשליח לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.
תאריך: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ חתימת המבוטח: _____
לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן הינך מבוטח (שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שלך, שהינך מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל בהן), יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

הסכמה לשימוש בדוא"ל				
אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר. אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמא אישית שלי.				
תאריך 29.11.21	שם משפחה ישי	שם פרטי רחל	מספר ת.ז. 0518240916	חתימה ישי

מקום מגורים	
☒ בית ☐ דיור מוגן / בית אבות ☐ מוסד סיעודי / גריאטרי	
רחוב א.ס.י.ק.17	מספר בית 103
שם מוסד/בית אבות/דיור מוגן	מחלקה רחל
מיקוד 47204	ת.ד. 4
תאריך כניסה	



דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בסר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 1080251
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il

שם המבוטח **ישי רחל**
מספר ת.ז. **0518 24696**

פרטי האירוע - השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אשפוז באפשרותך לצרף מסמכים נוספים לרבות אישורים מגופים מוסדיים אחרים כגון ביטוח לאומי

המאונץ 13.11.25 קמתי לפרק האקר לעשות פיזי, הייתה לי מחחווה ונפלאה.
הצמתי אמאקלס דערק והצולתי עזכנו אז שמי היקר. המאונץ 14.11.25 ניהל
האיכולק - שמי לי 3 הוצמתי הייך, שמי המחלקה אישטוס באיכולק עז ה 25
ומשם עברתי לאשטוס הישוקים למהלך ארוך של שקום.

נבקשך לציין את שמות רופאי המשפחה ורופאים מקצועיים/מומחים שטיפלו בך כיום ובעבר

שם הרופא המטפל	סניף	שם קופת חולים
ד"ר כהן אורי	קצמה - רמת השנין	כאצי
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה
	אונטופציה	איכולק - אונטופציה ת'
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה
ד"ר בארי אורי	שכי אנטריות	היה רבקה
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה

באם טופלת/חיית במעקב במרפאת זיכרון, נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם המוסד/המרפאה

שם הרופא	שם המרפאה
	שם המרפאה

נא ציין שמות בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת

בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריך אשפוז
איכולק	אונטופציה ק'	13 - 25.11.21
בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריך אשפוז
היה חולים שיטוט - היה רבקה	מחלקה ב'	25.11.21 - כיום
בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריך אשפוז

רשימת גנים, בתי ספר, מוסדות, מרפאות, סניפי טיפת חלב בהם למבוטח קיים רישום

שפאל קדמה רמת השנין, היה חולים איכולק - אונטופציה ק', היה חולים סיקאמו - היה רבקה.

ברצוננו להודיע, כדי ליעל את הטיפול בתביעה, ככל שיש ברשותך מסמכים רפואיים, חוות דעת רופא מומחה לרבות אורולוג/פרוקטולוג/גסטרואנטרולוג, מכתבי שחרור מאשפוז או ב"ח, תוצאות בדיקות, מבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי או קוגניטיבי באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.



שם המבוטח: **רחל ישי**
מספר ת.ז.: **051824696**

א. במידה ותביעתך תאושר, נבקשך לציין פרטי חשבון לביצוע העברה בנקאית יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון בנק של המבוטח

בנק: **הכסף** שם סניף: **הזר** מס' סניף: **101** מס' החשבון: **27449**

תשלום בתביעת קטין: אנו החתומים מטה, הורי הקטין מבקשים להעביר את תגמולי הביטוח בגין תביעה מספר _____ לחשבון הבנק המשותף שעל שמו _____ או לחילופין לחשבון האם או האב שמספרו _____

ע"ש _____ (יש לצרף צילום המחאה או אישור ניהול חשבון בנק) או לחילופין להנפיק המחאה ע"ש האם או האב (יש לצרף צילום ת.ז. של שני ההורים).

בחתומנו על גבי מסמך זה הרינו לאשר כי עם קבלת תגמולי הביטוח כמבוקש לעיל לא תהיה לנו ו/או למי מטעמנו כל תביעה ו/או טענה מכל סוג שהוא כלפי הראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה בנוגע לביצוע התשלום בגין תביעה זו.

שם ההורה	מספר ת.ז.	חתימה:
שם ההורה	מספר ת.ז.	חתימה:

במקרה של תשלום חד פעמי לספק שירות מוכר ובמקרה של תשלומים עיתיים בסך העולה על 5,000 ₪ = יש באפשרותך לפנות אלינו ולבקש שהתשלום יבוצע ישירות לספק השירות כאמור.

לתשומת ליבך! ניתן לתבוע גם את הביטוח המשלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת. במקרה זה, בתביעה זו יוחזר ההפרש שבין סכום ההחזר בביטוח המשלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת, עד לגובה הסכום המכוסה על פי הפוליסה. לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים). קבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין ולהוראות פוליסת הביטוח.

הנני מתחייב כי אדווח להראל חברה לביטוח בע"מ על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין קבלה זו והריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/פיצוי בגין קבלה זו.

ככל שלא מצורפות קבלות מקוריות לטופס התביעה, יש להשיב על השאלות הבאות:

האם הקבלות המקוריות הוגשו לגורם אחר לצורך קבלת החזר? ☐ כן ☐ לא

אם כן, אנה העבר אישור של הגורם אליו הוגשו הקבלות בדבר גובה החזר, אשר ניתן על ידו.

האם בכונתך להגיש את הקבלות לגורם אחר לצורך קבלת החזר? ☐ כן ☐ לא

אם כן, עליר לעדכן את הראל ואת הגורם הנוסף על מנת שלא ישולמו החזרים כפולים.

ב. הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותי, המצוי או שיהיה מצוי ביד החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS)), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

חתימת המבוטח: **רחל ישי**

תאריך: **28.11.21**

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף תביעות בריאות וח"ל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7647777.

2. פסקת התיישנות

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש, יחל מנין שלוש השנים מדי יום ביומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום). ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתבוע שמונה עשר שנה.

3. הצהרת המבוטח ו/או בא כוחו

אני הח"מ מצהיר בזה שכל התשובות דלעיל ולהלן נכונות ומלאות ואני מאשר/ת מסירת מידע מכל סוג לאיש הקשר המפורט לעיל.

חתימה: **רחל ישי**

שם + שם משפחה: **רחל ישי**

תאריך: **28.11.21**



דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בטר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 1080251, מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il

שם המבוטח: **ישי רת**
מספר ת.ז.: **051824696**

א. בסעיף זה יש למלא את מצבו התפקודי של המבוטח בהתאם להגדרת הפעולות הקיימות בפוליסה - במידה ופעולה מורכבת מתתי פעולות, אי יכולתו של המבוטח לבצע באופן עצמאי אחת מתתי הפעולות, תסומן הפעולה כאי יכולתו לבצע את כל הפעולה

☐ יכול לבצע בכוחות עצמו ☒ לא יכול לבצע בכוחות עצמו	א. לקום משיבה במיטה לשיבה ולקום משיבה בכיסא לעמידה - האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)? - האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא ממצב ישיבה למצב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)? תיאור המגבלה: (זרטה סרה)
☐ יכול לבצע בכוחות עצמו ☒ לא יכול לבצע בכוחות עצמו	ב. הלבשה - האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו העליון? - האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו התחתון? תיאור המגבלה: (זרטה סרה, לא צלחתי)
☒ יכול לבצע בכוחות עצמו ☐ לא יכול לבצע בכוחות עצמו	ג. רחצה - האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהמבטיה או המקלחת? - האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו במבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה? תיאור המגבלה: יכולה להתרחץ בריסא אבל חייבת השגחה
☒ יכול לבצע בכוחות עצמו ☐ לא יכול לבצע בכוחות עצמו	ד. אכילה האם המבוטח יכול לאכול ולשתות בכוחות עצמו כולל שתיה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון הוכן עבור המבוטח והוגש לו? תיאור המגבלה:
☒ שליטה שיתוק ☒ שליטה חוסר שליטה ☒ שליטה חוסר שליטה ☒ שליטה חוסר שליטה	ה. שליטה על הסוגרים - האם ישנה אבחנה אורולוג/פרוקטולוג/גסטרואנטרולוג או בדיקות שנערכו לך? במידה וכן, באפשרותך לצרף מסמכים אלה - האם הנך משתמש קבוע בסטומה, בקטטר בשלפוחית השתן, בחיתולים או בסופוגים למיניהם - האם ישנה אבחנה להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן ובשל קושי בבידוד, קושי שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולות נידודות, אינו מסוגל לשלוט על סוגריו? במידה וכן, באפשרותך לצרף מסמכים אלה תיאור המגבלה: הגלי שליטי עצמאית ולא יכולה לשלוט על שתי צרכים חמורים.
☐ יכול לבצע בכוחות עצמו ☒ לא יכול לבצע בכוחות עצמו	ו. נידודות - האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו כולל באמצעות אביזר כגון מקל הליכה, הליכון. - האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום? במידה וכן, באם קיים תיעוד רפואי או אחר לנפילות באפשרותך לצרף מסמכים אלה תיאור המגבלה: כיום מתגברת על כסא זלזלי, צריכה עצירה לעיתים
☐ עונה לתשישות נפש ☐ אינו עונה לתשישות נפש	ז. תשישות נפש - האם המבוטח נזקק להשגחה במרבית שעות היממה בשל פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית, כגון אמצעי ימור או צורות דמנטיות שונות - האם המבוטח עונה למצב תשישות נפש שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום; לעניין זה, "תשישות נפש" = פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתוכנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אמצעי ימור, או בצורות דמנטיות שונות, במידה וכן באפשרותך לצרף מסמכים אלה. תיאור המגבלה: קיימה הפניה ל - ct חוסר יכולת - יש חשש לפקד באורן

ברצוננו להודיע, כדי לייעל את הטיפול בתביעה, ככל שיש ברשותך מסמכים רפואיים, חוות דעת רופא מומחה אורולוג/פרוקטולוג/גסטרואנטרולוג, מכתיבי שחרור מאשפוז או ב"ח, תוצאות בדיקות, אבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי או קוגניטיבי באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.



41 30850

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
וא תקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il

מספר פקס: 03-7348597

מספר מסרון: 052-3240345 (SMS)

למשלוח דואר: דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בסר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 5110802.

מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870. השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל, במסרון או בפקס.

פרטי מבטח			
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת. זהות	שם האב
וי	רחל	916	אברהם
רחוב	מספר	עיר	טל'
א.ס.ט.קין	103	ראת השנין	052-3436754
אני החתום/ה מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי וא/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) וא/או מכון מור וא/או המכון הרפואי לבריאות בדרמים וא/או האגודה לבריאות הציבור וא/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי וא/או לכל עובד בתחום הסוציאלי וא/או הסיעודי וא/או לשירות בתי הסוהר וא/או לשלטונות צה"ל וא/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות וא/או קרן מבטחים), וא/או המרכז לבריאות הנפש, וא/או בית חולים לבריאות הנפש, וא/או מרפאות לבריאות הנפש, וא/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, וא/או למשרד החינוך, וא/או למשרד הפנים, וא/או למשרד הרווחה, וא/או למנהל האוכלוסין, וא/או לשירות התעסוקה, וא/או לשירות הפסיכולוגי וא/או למשרד הבריאות וא/או למכון גנטי וא/או למכון פוריות וא/או רשות המיסים בישראל וא/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ וא/או מי מטעמה (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידיו מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי וא/או הפסיכיאטרי וא/או הפסיכולוגי וא/או הסוציאלי וא/או מצבי בתחום הסיעודי וא/או השיקומי וא/או על הישגי בלימודים וא/או על כל מחלה שחלתה בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, וא/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן "הפוליס" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר וא/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג וא/או לתאונות קודמות וא/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי. אני משחרר בזה אתכם וא/או כל רופא מרופאים וא/או כל עובד מעובדיכם וא/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מפני מוסדותיכם וא/או כל אגף של משרד החינוך וא/או השרות הפסיכולוגי וא/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/או הסיעודי וא/או הנפשי וא/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים וא/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם וא/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל. בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ וא/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים). בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים וא/או רופאים וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/או נותני השירותים שיפורטו להלן.			

פרטים נוספים		
שם קופ"ח	סניף	שם המוסד
כספי	קדמה	
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל

שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בתי ספר, גנים	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

חתימת המבטח	
שם פרטי ושם משפחה	חתימת המבטח

במקרה של חסוי (במקרה של קטין/חסוי, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס וצילום ת.ז. של האפוטרופוס)		
שם ההורה/אפוטרופוס*	ת.ז.	חתימה
שם ההורה/אפוטרופוס*	ת.ז.	חתימה

* במקרה של קטין/חסוי יציין את שמם ויחתמו על המסמך כל האפוטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרף.

חתימת עד מהימן**			
שם פרטי ושם משפחה	מס' ת.ז. עד לחתימה	שם עד לחתימה	תאריך מילוי הטופס
	20673395	יארן יאן	08.12.21

** עד מהימן = רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח (יש לצרף צילום תעודת סוכן).

מ.ר. 42025
תמורה מאמן BSW
שם עד מהימן:
מחשבות, עמ' 101, תשפ"א
מרכז רפואי גיאטרית, בית רבקה



41859