



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

ינואר 2026 11
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
שומרה חברה לביטוח בע"מ
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

הנדון: הסדרת תשלום מד"א
תאונה מיום 15.8.25

הנני מייצג את מרשי, בצלאל גרוס, ת.ז. 311524508 וילדו הקטין, ישראל גרוס, ת.ז. 340104884 והריני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. ביום 15.8.25 נפגעו מרשי ובנו הקטין עת נסעו ברכב הנושא מספר רישוי 55-947-31 אשר מבוטח על ידכם.

*רצ"ב אישור משטרה ותעודת חובה.

2. לאחר התאונה הובהלו מרשיי באמצעות אמבולנס לבית החולים "פוריה" בטבריה.

*רצ"ב דרישת תשלום וסיכומי אשפוז.

3. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בהסדרת התשלום בגין הפינויים כאמור.

4. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

*רצ"ב יפוי כח ווס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים מרחב כנרת
כתובת הגליל 4 צפת
טלפון 046978330
פקס 0768602079
דואל bohanim.kineret@police.gov.il
מספר תיק פלא 501562/2025
סיווג תיק ת.ד., כללי
מס' מסמך בתיק ב
תאריך 09/11/2025, י"ח חשוון תשפ"ו, 13:52

לכל המעוניין

תאריך התאונה 15/08/2025 בשעה 07:00

מקום התאונה

כביש מס' 90 קמ מספר 0

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
5594731	פרטי נוסעים	הונדה-יפן
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
שומרה	74211357725	ישראלית

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	311524508	גרוס בצלאל	04/09/1993	לוד יחד שבטי ישראל 8 דירה 4	פוריה - טבריה	קלה
נוסע	340104884	גרוס ישראל	25/08/2015	לוד יחד שבטי ישראל 8 דירה 4	פוריה - טבריה	קלה

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	-----	--------	----------	-------	-------------------	--------------



כמות נפגעים

כמות נפגעים	מצב התיק	מתאריך
2	בחקירה	09/11/2025

פרטי המטפל בתיק

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
1964735	דיין	תהל

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	דרגה	תפקיד
1964735	תהל	דיין	ש.לאומי	עובד שירות לאומי

חתימה

מקום שרות

שלוחת בוחנים מרחב כנרת

מס.פוליסה: 74211357725

ראובן

בעל הפוליסה: קנטור

מבוטח/ת יקר/ה,

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:

א. גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא 27.

ב. האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא נהגת.

ג. שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג

ברכב היא 2020.

ד. מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב חובה, בשלוש השנים האחרונות,

של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0.

ה. מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים

לנהוג ברכב הוא: 0.

ו. ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק (FCW) - לא.

ז. ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב (LDW) - לא.

בכבוד רב

שומרה חברה לביטוח בע"מ

בכבוד רב,

שומרה חברה לביטוח בע"מ

עותק למבוטח

שים לב: מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

מס' תעודה:

תעודת ביטוח

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל-1970 (להלן: פקודת הביטוח)

שומרה חברה לביטוח בע"מ
הסיבים 23, פתח תקוה
sherut@shomera.co.il
טלפון: 03-9258000

שומרה חברה לביטוח

קוד אירוע: 05 כ.א.
ת.ז/פ.פ: 313518938

מס' פוליסה 74211357725 00

שם בעל הפוליסה: קנטור ראובן

כתובת בעל הפוליסה: שבט גד 6 לוד אחיסמך

מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוצתמה תעודה זו בחותמת הבנק

אך לא לפני 1/07/2025. מועד פקיעת הביטוח: 30/06/2026 בחצות;

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר WWW.SHOMERA.CO.IL.

מס' רישוי: 31-947-55 סוג הרכב במשרד הרישוי: M1 מס' שלדה: 2850DS202369

שנת יצור: 2014 סוג הרכב לצורך ביטוחו: פרטי

היצרן והדגם: הונדה אינסטיט ה

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: על פי סעיפים 3,1 מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו.

מטרות השימוש המותרות ברכב: על פי סעיפים 6,5,1 מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו.

מספר הסוכן: 815921 שם הסוכן: דוד פרידמן

סכום דמי הביטוח: 2034.00 ש"ח תאריך ושעת הוצאת התעודה: 22/06/2025 15:27

שולח באמצעות בנק לאומי

חש' 34823/28 מס' אישור: 0068585

22/06/2025 15:27

תעודה זו - אין לה תוקף

שומרה חברה לביטוח בע"מ

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח.

עותק לבנק

מס' תעודה:

הודעת זיכוי

שומרה חברה לביטוח

קוד אירוע: 05 כ.א.
ת.ז/פ.פ: 313518938

מס' פוליסה 74211357725 00

שם בעל הפוליסה: קנטור ראובן

כתובת בעל הפוליסה: שבט גד 6 לוד אחיסמך

מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוצתמה תעודה זו בחותמת הבנק

אך לא לפני 1/07/2025. מועד פקיעת הביטוח: 30/06/2026 בחצות;

פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר WWW.SHOMERA.CO.IL.

מס' רישוי: 31-947-55 סוג הרכב במשרד הרישוי: M1 מס' שלדה: 2850DS202369

שנת יצור: 2014 סוג הרכב לצורך ביטוחו: פרטי

היצרן והדגם: הונדה אינסטיט ה

בני האדם הרשאים לנהוג ברכב: על פי סעיפים 3,1 מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו.

מטרות השימוש המותרות ברכב: על פי סעיפים 6,5,1 מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו.

מספר הסוכן: 815921 שם הסוכן: דוד פרידמן

סכום דמי הביטוח: 2034.00 ש"ח תאריך ושעת הוצאת התעודה: 22/06/2025 15:27

חותמת הבנק
בלי חותמת הבנק על
תעודה זו - אין לה תוקף

לתשלום בכל סניפי הבנקים: יזוכה חשבון 34920/30
סניף בנק לאומי 10-800 תל אביב
ניתן לשלם באמצעות כרטיסי אשראי
התשלום בבנק הדואר במזומן בלבד.

שומרה חברה לביטוח בע"מ

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות פקודת הביטוח.

התחלת תחילת התחלה

אתר האינטרנט
www.mda.org
מגן דוד אדום ישראל
לשירותי רפואה
במרחב רפואי
לשירותי רפואה
במרחב רפואי

468.00

מסמך תחילת

14/10/2025 עד סוף שנה

62-02917

קוד מזה

569500/09, ש.מ. 817 מחשבוני. ש.מ. 817 מחשבוני. ש.מ. 817 מחשבוני.

145-053068 (026534)

מגן דוד אדום ישראל



התחלת תחילת התחלה

468.00

מסמך תחילת

מגן דוד אדום ישראל

התחלת תחילת התחלה

התחלת תחילת התחלה

*** הערה: המידע אינו מהווה ייעוץ רפואי ***

התחלת תחילת התחלה

התחלת תחילת התחלה

התחלת תחילת התחלה

התחלת תחילת התחלה



קוד מזה

145-053068 (026534)

MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL

145-053076 (026538)



၁၇၂၆ ခုနှစ်
 ၁၇၂၆ ခုနှစ်၊ ၁၇၂၆ ခုနှစ်
 ၁၇၂၆ ခုနှစ်
 ၁၇၂၆ ခုနှစ်
 ၁၇၂၆ ခုနှစ်

נוסחא
וועט ער זיין אן אונזער
פארשטיינענדיקע פראגראם
www.kolichut.org.il

על ידי שיתוף פעולה עם משרד הבריאות, משרד החינוך, משרד החקלאות ומשרד הרווחה, נערכו מספר פעולות:

"הולברט היל"
 5400*
 לרשתות ול
 חולצות

מוזיאון
מלחמת העולם השני
call.gov.il
„מוזיאון 67“


 NATIONAL COUNCIL ON THE
 HOLOCAUST AND THE UNITED NATIONS

[illegible]

ס'לשט אפולק זונדט מ' שטאטט זיך 'אלואט יא, זיגט אפול דלמאט אלאט

שם החומר	תקופה	אזור	15/08/2025 09:01
1116979 ג.ר. מסבי, חצות, דל			

ԼԻԳԱՆ ԱԹԱԼԼԱ

ԼԱՀՈՒՆ: ԽԱԼԼ

[illegible]

ԼՍՀՐԻՆ ԸՀԿՈՒՄ

[illegible]

א.ל.ו. סוכי

ת"פ	לחם	08:52 15/08/2025
88	114 / 70	תאריך השנה

מלחמה

96	88	08:52 15/08/2025
המורה	התלמיד	תאריך

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

95	88	114 / 70	08:52 15/08/2025
הצטרפות	הצטרפות	הצטרפות	הצטרפות

גאולת ס.ל.ט

95	88	114 / 70	08:52 15/08/2025
המחלקה	המחלקה	המחלקה	המחלקה

ALL.0

ד.ל.ל.

לְכָה וְעִלְיָה לְעִיר הַגִּבּוֹרִים׃
 וְלִי לְעִיר מְנוּחָה׃
 וְעַתָּה לֵךְ לְעִיר הַגִּבּוֹרִים׃ וְעִלְיָה לְעִיר הַגִּבּוֹרִים׃
 וְלִי לְעִיר מְנוּחָה׃

מחלקת: מחלקת האופוס דמוסיה	מקרה: 311524508	ת"ת: 019424508	שם: 019424508
----------------------------	-----------------	----------------	---------------

OIL, LGIX,

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, הכלל 61 מס' 31152-4508, מרחוב הגדה הדרומית 4 אל ת.ז.ח.פ. מס' 6152-4508, מרחוב הגדה הדרומית 4 אל ת.ז.ח.פ. מס' 6152-4508

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של הגדה הדרומית 4 נגד הגדה הדרומית 4 בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד-תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

חיום 08 לחודש 01 שנה 2026

אני אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254
עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
י.ת. צ. ש.א.	8	311524508	0527681643
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
	עיר	7135278	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות תמוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, 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 קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 8/1/20 עד לחתימה ומסירת ת.ז. **ע"ד אריאל כריירג**
מס' רשיון: 62254 חתימה: _____ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

אני הח"מ, אלה ויצלל אחים, חור הק"ן ישיאל
ת.ז.ח.פ. מס' 511524508, מרחוב יחזקאל ישיאל 8 א'א
206241254

ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג להיות באי כוחי בהליך של נגד
בענין מיום מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה באי כוחי ורשאי לעשות ולפעול בשמי
ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, דרישה ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
3. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
4. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
5. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
6. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של באי כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
7. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
8. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
9. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר באי כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
10. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
11. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 08 לחודש 01 שנה 2020

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רשיון: 62254

א.א.א.

חתימה: X 2 יום

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>340109884</u>	<u>ישראל</u>	<u>8</u>	<u>יח. צה. יעל</u>
תעודת זהות	שם פרטי	מס'	שם משפחה
<u>0527681643</u>	<u>217</u>	<u>8</u>	<u>יח. צה. יעל</u>
טלפון	עיר	מס'	רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל חנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי 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 ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, 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 קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

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

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)