

כתב ויתור סודיות

אני הח"מ _____, שם האב _____, ת"ז _____
 כתובת _____, מיקוד _____, טלפון _____

נותן בזה רשות לכל גורם שהוא, ובכלל זה לוועדה לאגרגיה אטומית ולמרכזיה ו/או מי מטעמם, ולכל מוסד או גורם רפואי - בתי חולים, קופות החולים, רופאים, עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הבריאות למסור לוועדת זהר ו/או לתיקל איסוף מסמכים בע"מ ו/או למי מטעמם (להלן - "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בדיהם, ללא יוצא מן הכלל, הדרושים לשם ביורור תביעות לפיצוי עפ"י הסדר ריבלין ובאופן שידרשו המבקשים, לרבות לעניין העבודה בוועדה לאגרגיה אטומית, גמלאות, מצבי הבריאות ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע גנטי, טיפול רפואי שניתן, תוצאותיו, או כל מידע אחר שיידרש לביורור זכאותי לפיצוי כאמור.

אני משחרר בזה את הקהילה וכל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או כל רפא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, לרבות מכון מור, ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל, 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 מי מהגורמים המפורטים לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי ו/או המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה כולל מידע על התשלומים ששולמו לי ומשולמים לי, על תשלומים ששולמו לי או משולמים לי מכל מוסד אחר.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 וזיהא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____
 רופאים: _____
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 מכונים, מעבדות: _____
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 קופ"ח קודמת: _____

במקרה של נפטר: שם הירשנים: שם: _____ ת"ז: _____ שם: _____ ת"ז: _____
 שם: _____ ת"ז: _____ שם: _____ ת"ז: _____
 במקרה של חסוי: שם האפוטרופוס: _____ ת"ז: _____

חתימות המוותר
 (במקרה של נפטר - חתימת הירשנים)
 (במקרה של חסוי - חתימת אפוטרופוס/ים)

תאריך _____

חתימת וחותמת עד לחתימה

שם העד לחתימה

תאריך _____

הצהרת תביעה

אני הח"מ, _____ בעל ת"ז _____ מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים, וידוע לי כי אחיה צפוי לעונשים חקבועים בחוק אם אמסוד פרטים לא נכונים, או אעלים נחיתות. עוד ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, עשוי להשפיע על זכויותי להשיג על פי דרישת ריבלין, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי גמלאות בגין שירותים מיוחדים או סיעוד, ככל שאני מקבל אותן מהמוסד לביטוח לאומי, לא ינוכו מסכום הפיצוי עפ"י החסדר, בעוד שווי גמלאות אחרות של המוסד לביטוח לאומי ינוכה מן הפיצויים עפ"י החסדר, רק במקרים בהם אני מקבל אותן בפועל.

כן ידוע לי כי ככל שלא פניתי למוסד לביטוח לאומי לשם מיצוי זכויותי בגין מחלת הסרטן נשוא תביעה זו, הרי שקבלת מלוא הפיצוי עפ"י החסדר מותנית בהתחייבותי זו להימנע מפניה כאמור גם בעתיד ולמעט לעניין קצבת שירותים מיוחדים וסיעוד). ככל שאעשה כן בניגוד להתחייבותי זו, ידוע לי ואני מתחייב בהתחייבות בלתי חוזרת להשיב את סכום הפיצוי עפ"י החסדר לקופת המדינה.

עוד ידוע לי כי הזכויות לפיצוי במסגרת החסדר מותנית בהימנעותי מחגשת תביעת נזיקין לבית המשפט, וכי לא יתקיים בירור בפני ועדת זוחר במקביל לגירול תביעת נזיקין כאמור. כן ידוע לי כי בירור תביעתי בפני ועדת זוחר לרבות קבלת פיצוי במסגרת החסדר, ככל שאמצא זכאי לפיצוי, תותנה בחתימתי על הימנעות מחגשת תביעת נזיקין (ככתוב בסעיף 195 ו-196 בדרישת ריבלין), וכי לא אחיה רשאי להגיש תביעה לבית המשפט אף אם תביעתי בפני ועדת זוחר לא תניב את התוצאה לה אני מצפה.

תאריך _____

חתימה _____