

To	0773180983	אל
Fax No	0773180983	מס' פקס
Date &Time	26-08-2021 09:37:12	תאריך ושעה
Pages	5	עמודים
From	Fax-Ytviot	מאת
Fax No		מס' פקס
Tel No		מס' טלפון
Re		בנושא

הפול

ביטוח • חובה • שיוור



תאריך: 26/08/2021
מספרו: 2020000003536
מספרך:

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד:
פרייברג אריאל, עו"ד
אבא הלל 7
רמת גן 0000000

א.ג.נ,

הנדון:	ת.ד. מיום	31/05/2020 :
	שם נפגעת	נאורזביבה איגרים :
	מס' רכב	65726001 :
	שם הפוליסה	אופנוע בבעלות פרטית :
	מספר פוליסה	761900414819 :
	שם המבוטח	גלבע ירדן :
	סוג הכיסוי הביטוחי	ביטוח חובה :

נבקשך להעביר למשרדנו את כל המסמכים המסומנים כלהלן:
1. טופס ויתור על סודיות רפואית-מלא וחתום במקור.
2. תלושי שכר ב-3 החודשים שקדמו למועד התאונה ולאחריה או שומת מס.
3. יפוי כח.
4. תצהיר בריאות.

נודה לקבלת אורכה.

מכתבנו זה אינו מהווה הכרה בחבות כלשהי.
רק לאחר קבלת המסמכים המבוקשים נוכל לנקוט עמדה לגבי חבותנו ולטפל בתביעה.

בכבוד רב,

דנה חבוש
מחלקת תביעות

לוח: טופס 08"ר
שמור: דרישה





טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

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

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי שמטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסינוני ולכל מרפאות בריאות הנפש ולשלישות הראשית בר"ג – צה"ל למסור לחברת הפול ו/או למי שמציג כתב הרשאה מטעמה לאיסוף מידע (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסינוני ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים 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 הסינוני ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים 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 חולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים 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 חולים ו/או רופאיהם או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

- אני הח"מ מתיר לכל חברות הביטוח ולהפניקס חברה לביטוח ולמנורה חברה לביטוח בע"מ ולמגדל חברה לביטוח בע"מ ולאליהו חברה לביטוח בע"מ ולשלמה חברה לביטוח ו/או להכשרת היישוב חברה לביטוח בע"מ ולביטוח חקלאי חברה לביטוח בע"מ ולביטוח ישיר חברה לביטוח בע"מ ולאילון חברה לביטוח ולכלל חברה לביטוח ולאריה חברה לביטוח בע"מ ול-AIG חברה לביטוח ו/או לשירביט חברה לביטוח ו/או לשומרה חברה לביטוח ו/או להדר חברה לביטוח ו/או דולב חברה לביטוח ולליברה חברה לביטוח ולווישור חברה לביטוח ולקרנית למסור מידע אודות תאונות דרכים לרבות נזקי גוף שנגרמו לי אם אירעו או נגרמו בעבר.

חלק ב'

שם קופ"ח:	סניף:	מס' חבר:	שם המוסד:
רופאים:	1.	2.	
מכונים, מעבדות:	3.	4.	
	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	חתימה
	חתימת העד + חותמת + מ"ר	(במקרה של קטין – חתימת האפוטרופוס)



ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע המפורט לעיל

חתימה

שם פרטי ושם משפחה

תאריך