

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

17.7.22

לכבוד
עו"ד מורן יצחקי
מחלקת תביעות
קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
באמצעות דוא"ל

ח.נ.,

הנדון: אילנה תקווה, תאונה מיום 18/9/2019
מס' תביעה: 334727

הריני מאשר קבלת מכתבך והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. אין ברשותי את תיק המשטרה ו/או עדויות ו/או מידע נוסף פרט לזה שנשלח.
2. רצ"ב טופס וס"ר חתום על ידי מרשתי.
3. מרשתי התפנתה לבית החולים עצמאית בסיוע בני משפחה. אין פרטים בדבר עדים נוספים שהיו במקום.
4. לעיונכם, טיפולכם והצעתכם העניינית אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975
דרך מנחם בגין 23 מגדל לוינסטיין (קומה 17) ת"א 6618356
טל': 03-7111666 פקסימיליה: 03-7111667 ת.ד. 37505 מיקוד: 6137401
מייל מח' תביעות: tviot@karmit.co.il מייל תביעות שיבוב: tviot-hazara@karmit.co.il

מס' תביעה: 334727

מס' נפגע: 1

הנדון: כתב ויתור על סודיות - בגיר

1. אני החתום-מטה תקווה אילנה ת.ז. 55874218 נותן/נת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או פסיכיאטרי ו/או קופת חולים ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוחר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הרווחה ו/או למשרד החינוך ו/או ל"נטלי" חטיבת חינוך והדרכה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או כל קרן פנסיה ו/או משרד האוצר ניצולי שואה שיקום ונכים ו/או הלשכה לפיצויים אישיים ו/או ועדת תביעות ו/או הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל למסור ל"קרנית" - קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, בא כוחה או שלוחה או החייב עפ"י החוק או מי מטעמם (להלן: "המבקשים") את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שידרשו המבקשים המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן/נת רשות לכל אחת מחברות הביטוח למסור למבקשים כל מסמך רפואי או אחר ו/או כל מסמך, ו/או מידע המתייחס הן לביטוחים והן לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

2. אני משחררת/ת בזה את המבקשים ואת כל הגורמים המנויים בפסקה 1 לעיל לרבות כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או כל אגף מאגפיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי ו/או השיקומי ו/או הרווחה ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הישגי בלימודים ומתיר/ה להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם כולל מידע או מסמך על שירותים המסופקים לי על ידם ועל תשלומים ששולמו ומשולמים לי על ידם, לרבות מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון שילם ומשלם וישלם לי. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

3. הנני מוותרת/ת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם הנפגע/ת (פרטי ומשפחה)	שם האב	שם קודם/שם נעורים
אילנה תקווה	יצחק	
כתובת עדכנית:		
עיר	רחוב	מס' בית/כניסה
אר ירידה	יטקאל יסיר	10
כתובת מגורים קודמת:		
עיר	רחוב	מס' בית/כניסה
		מיקוד
קופ"ח בה הנני חבר בהווה	סניף	קופ"ח בה הייתי חבר בעבר
כרית	טלר ירידה	מס' אישי בצה"ל
ביה"ח בו נולדתי	רופא משפחה	רופא
		רופא
שם בייס יסודי	ישוב	שם בייס תיכון
		ישוב
		תאריך עלייה

17/7/22
תאריך

חותמת הנפגע/ת

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, אחות, מקצועות הבריאות ברישיון, רשם רפואי או מנהל רפואי,

מורשה חתימה בבנק וסוכן ביטוח):

עו"ד אריאל פריינברג
מס' רישיון: 62254
שם: אריאל פריינברג
מספר רישיון: *
חותמת וחתימה: *
תאריך: 17/7/22

השדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה. שים לב: לא ניתן לעשות שימוש בטופס בו לא מולאו כל שדות החובה. יש למלא בהקפדה את כל הפרטים הרלוונטיים ולהמציא הטופס חתום במקור או כשהוא נושא אישור של עו"ד "העתק מתאים למקור".