

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

26.9.19

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדוא"ל ובפקס

לכבוד
ענבל סעדיה קונסטנטיני, עו"ד
מחלקת תביעות
קרנית – קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים
ובפקס: 03-7111667

ח.ג. שלום רב,

הנדון: אחמד ביטוני, ת.ז. 34064667
ת.א. 19-07-46190, מספרכם: 329087

מצ"ב טופס ויתור על סודיות רפואית חתום ע"י מרשי התובע שבנדון.

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 (דרך פ"ת) 23, מגדל לונשטיין (קומה 7) ת"א 6818356
טלפון: 03-7111667-03 פקס/מילית: 03-7111667-03 תד"ר 37505 מוקדן: 6137401
מיל מח' תביעות: tvnot@karmit.co.il מיל תביעות שיבוב: tvnot@karmit.co.il

מס' תביעה: 329087
מס' נפגע: 1

הנדון: כתב ויתור על סודיות – בגיר

- אני החתום-מטה **ביטוני אחמד** ת.ז. 34064667 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 הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הרווחה ו/או למשרד החינוך ו/או ל"ניטלי" תטיבת 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 (להלן: "המבקשים") את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מחללל ובאופן שידרשו המבקשים המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי 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 חמתייחס הן לביטוחים והן לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.
- אני משחרר/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 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 ומשלים וישלם לי. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.
- הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם הנפגעת/ת (פרטי ומשפחה):	רופא משפחה:	שם האב:	רופא :
שם קודם/שם נעורים:	רופא :	שם קודם/שם נעורים:	רופא :
כתובת עדכנית:	שם ביי"ס יסודי:	מס' אישי בצה"ל:	מס' אישי בצה"ל:
כתובת מגורים קודמת:	ישוב:	קופ"ח בה הנני חבר בחווה:	קופ"ח בה הנני חבר בחווה:
מס' אישי בצה"ל:	שם ביי"ס תיכון:	סניף:	סניף:
קופ"ח בה הנני חבר בחווה:	ישוב:	קופ"ח בה הייתי חבר בעבר:	קופ"ח בה הייתי חבר בעבר:
תאריך עלייה:	ביה"ח בו נולדתי:	תאריך עלייה:	ביה"ח בו נולדתי:
תאריך עלייה:	תאריך עלייה:	תאריך עלייה:	תאריך עלייה:

26.9.19 תאריך

26.9.19 תאריך

26.9.19 תאריך

26.9.19 תאריך

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק):

שם:	מספר רישיון:	עו"ד אריאל פרייברג	מס' חתימתו:	26.9.19	תאריך:
שם:	מספר רישיון:	עו"ד אריאל פרייברג	מס' חתימתו:	26.9.19	תאריך:

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".