

(עמוד 1 מתוך 1)



קשר לקוחות \*3455  
03-7332222

הפניקס חברה לביטוח בע"מ  
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454  
www.phoenix.co.il | info@phoenix.co.il

הופק ע"י מערכת תביעות פניקס

## טופס בקשת מידע רפואי ויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

|          |         |            |       |     |      |
|----------|---------|------------|-------|-----|------|
| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | תאריך | 5/6 | רמון |
| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | תאריך | 5/6 | רמון |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהם ו/או מי מטעמם 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 הסיעודי ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לקרנית ו/או למסור ל"הפניקס" חברה לביטוח (להלן: "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרשו המבקשים על מצבי הבראות ו/או הפסיכיאטרי 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 קופות החולים ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבראות 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 קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, 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 החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

או על המידע המפורט להלן:

| שם קופ"ח:            | סניף:           | מס' חברה: | שם המוסד: |
|----------------------|-----------------|-----------|-----------|
| שמות נותני השירותים: |                 |           |           |
| 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. \_\_\_\_\_ חתימת האם: \_\_\_\_\_  
שם האב: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימת האב: \_\_\_\_\_

חתימה

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

עו"ד אריאל פרייבאג

מס' רישיון: 62254

חתימה + חותמת (כולל מספר רישיון)

10.11.22

תאריך

שם העד לחתימה שהינו עו"ד

