



כתב ויתור לחברות ביטוח

לכבוד	לכבוד	לכבוד
בא כוחו או שולחו (להלן - המבקשות)	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

א.נ.,

הנדון: כתב ויתור על סודיות

אני החתום - מטה נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למבקשות את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שתדרושנה המבקשות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעוד ו/או השיקומי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה אתכם או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשות ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך	שם	חתימה
-------	----	-------

שם המשפחה: _____ ת.ז.הות: _____

מס' פנקס חבר: _____ שם הקופה: _____

שם הרופא המטפל: _____ סניף: _____

שם העד לחתימה: _____ מס' אישי בצה"ל: _____

חתימת העד _____ שם _____ תאריך _____