



כתב ויתור לחברות ביטוח
وثيقة تنازل لشركات التأمين

לכבוד
حضرة

לכבוד
حضرة

לכבוד
حضرة

בא כוחו או שולחו (להלן - המבקשות)
الوكيل أو المرسل (ما يلي- " المتقدمات
بالطلب)

הנדון: כתב ויתור על סודיות

الموضوع: وثيقة تنازل عن السرية

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 הסייעודי למסור למבקשות את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שתדרושנה המבקשות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעוד ו/או השיקומי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

أنا الموقع أدناه أتيح بهذا لكل موظف في المجال طبيّ و/أو مؤسسة طبيّة و/أو موظف من قبل مؤسسة التأمين الوطني و/أو كل موظف في المجال الاجتماعيّ و/أو التمريضيّ بتزويد الشركات المتقدمات بالطلب بجميع التفاصيل دون استثناء، وذلك في حال تقدّمت هذه الشركات بطلب الحصول على معلومات حول حالتي الصحيّة و/أو الاجتماعيّة و/أو حول حالتي في المجال التمريضي و/أو التأهيلي و/أو حول أي مرض عانيت منه في السابق أو أعاني منه حالياً.

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 הסייעודי 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.

بهذا، إنني أعفيكم أنتم أو كل من أطباتكم و/أو موظفيكم و/أو مؤسساتكم بما في ذلك المشافي العامّة و/أو مشافي الأمراض النفسيّة و/أو المشافي التأهيليّة وكلّ فرع من فروع مؤسساتكم من الالتزام بالمحافظة على السرية المتعلقة بحالتي الصحيّة و/أو التأهيليّة و/أو الاجتماعيّة و/أو التمريضيّ وأتيح لكم بهذا تقديم المعلومات الموجودة داخل أيّ ملفّ يخصني في مؤسسة التأمين الوطني، بما في ذلك معلومات حول دفعات تلقينها وما زلت ألقاها من مؤسسة التأمين الوطني. إنني أتنازل عن هذه السرية للمتقدمات بالطلب، ولن أقدم بأيّ إدعاء أو دعوى بشأن نقل المعلومات كما ورد أعلاه.

תאריך

שם

חתימה

التاريخ

الإسم

التوقيع

שם המשפחה: _____
ת.ז. _____
رقم بطاقة الهوية الشخصية _____
إسم العائلة: _____

מס' פנקס חבר: _____
שם הקופה: _____
رقم سجل العضو: _____
إسم الصندوق: _____

שם הרופא המטפל: _____
סניף: _____
إسم الطبيب المعالج: _____
الفرع: _____

שם העד לחתימה: _____
מס' אישי בצה"ל: _____
إسم الشاهد على التوقيع: _____
الرقم الشخصي في الجيش: _____

חתימת העד _____
שם _____
תאריך _____
توقيع الشاهد: _____
الإسم _____
التاريخ _____