



כתב ויתור לחברות ביטוח

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

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 הסיעודי 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 ממוסדוטיכם 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.זהות: _____	
מס' פנקס חבר: _____	שם הקופה: _____	
שם הרופא המטפל: _____	סניף: _____	
שם העד לחתימה: _____	מס' אישי בצה"ל: _____	

חתימת העד _____ שם _____ תאריך _____