

תאריך: 05/02/2025

שם מבטוח:

**מבלי לפגוע בזכויות ובטענת ההתיישנות
מבלי להכיר בחבות**

טופס ויתור סודיות כללית ורפואית

אני הח"מ:

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהוי	שם האב
מרחוב	מס'	עיר	מיקוד
טלפון			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, או משרד החינוך, השרות הפסיכולוגי, משטרת ישראל, שרות בתי הסוהר ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי או הסייעודי ו/או קצין התגמולים ו/או צה"ל ו/או משרד הביטחון / אגף השיקום, או לכל מוסד שיקומי ופסיכיאטרי, ו/או לכל קרן פנסיה, או קרן אחרת לגמלאות ו/או לכל חברת ביטוח אחרת לרבות מגדל חברה לביטוח בע"מ על כל מחלקותיה (להלן: "מגדל") למסור למגדל או מי מטעמה את כל הפרטים החומר וכן המידע (להלן: המבקשים או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה) את כל הפרטים החומר וכן המידע אודותיי, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים הנ"ל, על מצב בריאותי, בעבר ובהווה ובעתיד, כולל מחלות שחליתי ואחלה בעתיד בהן וכן מידע וחומר על תאונות דרכים, תאונת עבודה ותאונות אחרות לרבות נזקי גוף שנגרמו וייגרמו לי, וכן מידע על תשלומים שהגיעו או יגיעו לי, ובנוסף אני מאשר למוסדות הרלבנטיים הנ"ל למסור למבקשים את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת זו או אחרת, ללא יוצא מן הכלל, והנמצאים במאגרי המידע של המוסדות וכן להמציא למבקשים חומר אחר שנאסף על שמי בגופים אלו, לרבות תיקי חקירה, דוחות, תלושים, וכן מידע כלשהו הנוגע אלי.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות חולים, לרבות חברות ביטוח, מוסדות ממשלתיים ופרטיים ו/או 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 מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור, 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.

בקשתי זו על ויתור סודיות יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 והיא חלה לגבי כל מידע שנמסר, רפואי וכללי, לרבות מידע לגבי תשלומים, עבר תאונתי, חקירות, וכל מידע אחר שנאגר במאגרי המידע של הגופים והמוסדות הרשומים מעלה ע"פ חוק.

כל הדרכים ליצור איתנו קשר

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, תד. 3063 קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

03-9201010
מוקד טלפוני



054-9201028
Whatsapp



סוכן הביטוח
שלך



באפליקציית מגדל
App Store / Google Play



migdal.co.il



הנני מוותר על סודיות זו כלפיי ועבור המבקשים ולא תהיה לי אל כל המוסדות או הגופים הנקובים ועובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר עם מסירת המידע כאמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
כן, הנני מייפה את המבקש לאסוף את כל המידע שיראה בעיניו חשוב לבריאותי.

למרות כל האמור לא יחול כתב ויתור סודיות זה על הגופים הנקובים והמסומנים מטה:

1. _____ 2. _____ 3. _____

להלן פרטים על רופאים, מכונים ומוסדות רפואיים שטופלתי בהם:

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ חבר בקופת חולים: _____

במקרה של קטין: שם האם: _____ ת.ז. _____ שם האב: _____ ת.ז. _____

_____ חתימת המוותר על הסודיות

_____ עד לחתימה

_____ תאריך

ייפוי כוח

הריני מייפה כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הכללי והרפואי המפורט לעיל.

_____ חתימת המוותר על הסודיות

_____ עד לחתימה

_____ תאריך

מסמך זה מכיל מידע שמוגן מתוקף חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981.
המכתב מנוסח בלשון זכר, אך יש לקרוא אותו גם בלשון נקבה או בלשון רבים, הכל לפי הקשר הדברים

