

תאריך: 11/07/2025
שם מבוטח:

**ambilי לפגוע בזכויות ובטענת התיישנות
ambilי להכיר בחבות**

טופס ויתור סודיות כללית ורפואית

אני הח"מ:

שם האב	תעודת זהה	שם המשפחה	שם פרטי
טלפון	מיקוד	עיר	מספר

נตอน בזה רשות לכל עובד רפואי / או מוסד רפואי או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, או משרד החינוך, השירות הפיסיולוגי, משטרת ישראל, שירות בתיה הסוהר / או לכל עובד בתחום הסוציאלי או הסיעודי / או קצין התגמלותם / או צה"ל / או משרד הביטחון / אגף השיקום, או לכל מוסד שיקומי ופסיכיאטרי, / או לכל קרן פנסיה, או קרן אחרת לגמלאות / או לכל חברת ביטוח אחרת לרבות מגdal חברה לביטוח בע"מ על כל מחלקותיה (להלן: "מגדל") למסור למגדל או מי מטעמה (להלן: המבקשים או מי שמציג כתוב הרשאה לפעול מטעם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה) את כל הפרטים החומר וכן המידע אודוטוי, ללא יציאה מן הכליל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים הנ"ל, על מצב בריאותו, בעבר ובווהו ובעתיד, כולל מחלות שחילתיות ואחליה בעtid בahn וכן מידע וחומר על תאנונות דרכיהם, תאנונות עבודתו ותאנונות אחרות לרבות נזקי גוף שנגרמו ויגרמו לו, וכן מידע על תשלומים שהגיעו או יגיעו לו, ובנוסך אני מאשר למוסדות הרלבנטיים הנ"ל למסור למבקשים את רשימות הרופאים שטיפלו בי במסגרת זו או אחרת, ללא יוצאה מן הכלל, והנמצאים במאגרי המידע של המוסדות וכן להמציא למבקשים חומר אחר שנאוסף עלשמי בגיןם אלו, לרבות תיקי חקירה, דוחות, תלושים, וכן מידע כלשהו הנוגע אליו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות חולים, לרבות חברות ביטוח, מוסדות ממשלתיים ופרטיים / או כל רפואי מרופאיםיהם / או כל עובד מעובדיםם / או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתים חולים כללים / או פסיכיאטרים / או שיקומיים וכל סנייף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי / או השיקומי / או הסוציאלי / או הסיעוד / או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפולו בי במסגרתם, האגוררה במאגרי המידע של המוסדות כאמור, ומתריר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח עלשמי אצל נוותני 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 והוא חלה לגבי כל מידע שנמסר, רפואי וככללי, לרבות מידע לגבי תשומות, עבר תאונתי, חקירות, וכל מידע אחר שנאגר במאגרי המידע של הגופים והמוסדות הרשומים מעלה ע"פ חוק.

כל הדרכים ליצור איתנו קשר

כתובת למשלווז דואר: migdal חברה לביטוח בע"מ,
ת.ד. 3063 קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106
טלפון: 03-9201010

טלפון: 03-9201028
Whatsapp

סוכן הביטוח
שלך

באפליקציית migdal
App Store / Google Play

migdal.co.il

הנני מזמין על סודיות זו כלפי ועbor המבקשים ולא תהיה לי אל כל המוסדות או הגוף הנקובים ועובדיהם /או מי מטעם /או גותני השירותים כל טענה או תביעה מסווג כלהו בקשר עם מסירת המידע כאמור.

כתב ותור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוח החוקים וכל מי שיבוא במקומי.
כן, הנני מיפה את המבקש לאסוף את כל המידע שיראה בעינוי חשוב לבריאותי.

למרות כל האמור לא יכול כתוב יותר סודיות זו על הגוף הנקובים והמוסמכים מטה:

.1. _____ .2. _____ .3. _____

להלן פרטים על רופאים, מכונים ומוסדות רפואיים שתופלו בהם:

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

שם איש בצה"ל: _____

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

חתימת המזמין על הסודיות _____ עד לחתימה _____ תאריך _____

יפוי כוח
הריני מיפה כוחו של נציג _____
לקבל את המידע הכללי והרפואי המפורט לעיל.

חתימת המזמין על הסודיות _____ עד לחתימה _____ תאריך _____

מסמך זה מכיל מידע שמדובר מתקוף חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א-1981.
המכתב מנוט בלשון זכר, אך יש לקרוא אותו גם בלשון נקבה או בלשון רבים, הכל לפי הקשר הדברים