

א פרטי מבוטח									
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת. זהות				שם האב	
רחוב		מספר		עיר		מיקוד		טל'	
אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכן מור ו/או המכן הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למשרד הרווחה, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכן גנטי ו/או למכן פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להרצל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה..... (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחלתה בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי. אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל. בנוסף, הריני מאשר להרצל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בעיניי לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים) ולהעביר לאיש הקשר, אשר מיניתי לטפל בתביעה מטעמי, את כל המידע וההחלטות בנושא התביעה. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.									

ב פרטים נוספים			
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל	

ג שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בתי ספר, גנים	
1.....	5.....
2.....	6.....
3.....	7.....
4.....	8.....

ד חתימת המבוטח	
שם פרטי+שם משפחה	חתימת המבוטח

ה במקרה של חסוי (במקרה של קטין/חסוי, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס).		
במקרה של יפוי כח מתמשך יש לצרף העתק מיפוי הכח ואישור ביחס להפעלתו. על הפונה/ים לצרף צילום ת.ז.		
שם ההורה/אפוטרופוס/מיופה כח מתמשך*	ת.ז.	חתימה
שם ההורה/אפוטרופוס/מיופה כח מתמשך*	ת.ז.	חתימה

*במקרה של קטין/חסוי יצינו את שמם ויחתמו על המסמך כל האפוטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו. לא רלוונטי למיופה כח רגיל.

ו חתימת עד מהימן**			
תאריך מילוי הטופס	שם עד לחתימה	מס' ת.ז. עד לחתימה	שם עד מהימן לחתימה** + חותמת עם מס' רישיון

**עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח (יש לצרף צילום תעודת סוכן).

