

טופס בקשת מידע וויתור סודיות רפואית - למקרה ביטוח שארע לפני ה 1.1.24 חלק ג'

ככל שימצא כי המועד בו הפך המבוטח לסייעודי חל לפני ה 1.1.2024, הרי שהאחריות לטיפול בתביעתו ותשלומה, ככל שקיימת זכאות, חלה על הפניקס חברה לביטוח בע"מ. ככל שהנך סבור/ה כי קיימת אפשרות שהמצב הסייעודי החל טרום 1.1.2024, וברצונך שהמבטח יעביר את התביעה לטיפול הפניקס מבלי שתידרש חתימת המבוטח על טופס וויתור סודיות נוסף, באפשרותך לחתום על ויתור סודיות נוסף זה לטובת חברת הפניקס:

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
שם קופ"ח	שם קופה קודמת		

לתשומת לבך,

- חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה.** עד יכול להיות: עו"ד, רופא, אח, פסיכולוג, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח.
- במקרה של יורשים, עליהם לצרף לטופס החתום גם צו ירושה או צו קיום צוואה (מקור או העתק נאמן למקור).
- במקרה שמונה אפוטרופוס על פי החוק, עליו לצרף את צו המינוי שלו בנוסף לחתימתו.
- במקרה של קטין, חובה על אחד מההורים (האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין) לחתום על טופס זה.

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לבתי החולים ו/או למי מטעמם ו/או לכל המוסדות הרפואיים ו/או המכונים הרפואיים ו/או בתי החולים האחרים כולל בתי החולים הכלליים ו/או הפרטיים ו/או הפסיכיאטרים ו/או השיקומיים ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין של כל המפורטים עד כה ו/או לכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או למי מטעמם ו/או למשרד הביטחון ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל מוסד ו/או לחברות הביטוח האחרות ו/או לגורם אחר (להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: "המבטח הקודם"), ו/או למכבי שירותי בריאות (ככל שנדרש לצורך מילוי תפקידה כבעלת הפוליסה) את כל הפרטים המצויים בידי "המוסדות" ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ללא יוצא מהכלל.

אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה בה חליתי בה בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת ללא יוצא מהכלל, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי ה"מבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה. לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1980 – והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל "המוסדות".

על החתום:

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
-------------------	------	-------	-------

פרטי האפוטרופוס - במקרה שמונה אפוטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתים:

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	קירבה/עיסוק	חתימה
-------------------	------	-------	-------------	-------

פרטי ההורים - במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין):

האב	שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
	שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה

פרטי העד

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	עיסוק	חתימה + חותמת ומספר רישיון
-------------------	------	-------	-------	----------------------------