

# טופס וויתור על סודיות כללית ורפואית

## חלק א'

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
			טלפון

נותן בזה רשות לסוכן/ת/סוכנות ביטוח \_\_\_\_\_ (להלן: "סוכני הביטוח") למסור ל- **מרכז שפיס-היימן בע"מ** ו/או מי מטעמו ו/או הבא מכוחו ו/או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמו (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידיהם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, על תוכניות ופוליסות הביטוח שלי בעבר ובהווה, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל סוכני הביטוח הרשומים לעיל ו/או כל עובד מעובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע למבקשים מכל תיק שנפתח על שמי אצל חברות הביטוח שיפורטו להלן.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל המבקשים לעיל ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של סוכני הביטוח, לרבות עובדיהם ו/או מי מטעמם.

## חלק ב'

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

שמות חברות הביטוח:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

במקרה של קטין:

שם האם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך	שם התובע/ת ושם המשפחה	חתימת התובע/ת (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוסים)
-------	-----------------------	---

מאמת החתימה:

עד לחתימה

תאריך