



מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות
מבלי להכיר בחבות

תאריך

לכבוד **ביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ**
(להלן: "המבקשים")

טופס בקשת מידע רפואי ווויתור על סודיות

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו):

שם האב	מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
כתובת			

נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לקצין התגמולים ו/או למשרד התחבורה ו/או למכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או למשרד החינוך ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או לשרות בתי הסוהר ו/או מוסד שיקומי ו/או מוסד פסיכיאטרי ו/או מוסד סיעודי ו/או קרן פועלי בנין ו/או מבטחים ו/או קרן גמלאות או פנסיה כלשהי ו/או לביה"ד הרבני ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לקרנית ו/או [] ו/או לכל עובד של ו/או מטעמם של המוסדות הנזכרים לעיל, למסור למבקשים, את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשים הנ"ל על מצב בריאותי ו/או מחלות שחליתי בהן בעבר ו/או חולה בהן כעת לרבות מחלת האיידס (כשל חיסוני נרכש).

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ו/או מאגר מידע ו/או חלק ממנו שנפתח על שמי אצלכם ו/או אצל נותני השירותים שיפורטו להלן ו/או נותני השירותים כפי שהם מופיעים במאגר הנתונים של הקופה, ו/או מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי ו/או באגף השיקום ו/או בצ.ה.ל. ו/או במשהב"ט ו/או בכל אחד מהגופים הנזכרים לעיל, לרבות מידע על התשלומים ששולמו ו/או משולמים ו/או ישולמו לי ע"י הגופים ו/או המוסדות הנזכרים לעיל.

וויתור זה הינו בלתי חוזר.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם ו/או למי מהמוסדות ו/או הגופים המפורטים בויתור זה ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים לגופים ו/או למוסדות הנ"ל כל טענה ו/או תביעה כל שהיא בקשר למסירת המידע כאמור.



מבלי לפגוע בזכויות
מבלי לפגוע בטענת התיישנות
מבלי להכיר בחבות

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי ו/או אחר המצוי
במאגרי המידע של כל המוסדות ו/או הגופים המפורטים בויתור זה ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים
לגופים ו/או למוסדות הנ"ל לרבות המפורטים להלן:

שם קופ"ח _____ סניף _____ מס. חבר _____ שם המוסד _____

שמות נותני השירותים: כפי שהם מופיעים במאגר הנתונים של הקופה וכן אצל:
רופאים:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מכונים ומעבדות:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מספר אישי בצה"ל: _____

קופת חולים קודמת: _____

במקרה של קטין:

שם האם _____ ת.ז. _____

שם האב _____ ת.ז. _____

עד לחתימה

חתימה
(במקרה של קטין - חתימת שני ההורים)

תאריך

ייפוי כוח

הריני מייפה את כוחו של _____ לקבל המידע הרפואי המפורט לעיל.

חתימה

שם פרטי ושם משפחה

תאריך

בכבוד רב,

אגף אלמנטרי

מחלקת תביעות רכוש וחבויות