ויתור סודיות רפואית

שם ושם משפחה ___________ כתובת ______________________מס' זהות ________________

מס' אישי בצה"ל _____________ שם קופ"ח וכתובת סניף _________________________________

1. אני החתום מטה משחרר בזה **כל מוסד רפואי, כל רופא, כל מעבדה רפואית, כל מוסד פסיכיאטרי וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים** מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי איי.די.איי חברה לביטוח בע"מ (שתקרא להלן- "ביטוח ישיר"),ו\או מי מטעמה לרבות "תיקל איסוף מסמכים בע"מ ו\או "ערך מור שירותי איסוף מידע".
2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל- **כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, תשלומים של המוסד לביטול לאומי וכן מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה** למסור ל"ביטוח ישיר" ו\או מי שמטעמה, כולם ביחד וכל אחת לחוד- את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על המצב הבריאותי בעבר או בהווה.
3. **הריני מאשר לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו\או שאני מבוטח בה כיום ו\או לכל מוסד אחר ו\או מקום עבודה** להעביר ל"ביטוח ישיר" כל מידע ו\או מסמך לגבי תביעה ו\או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה וכן את כל הפרטים ללא יוצא מו הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה.
4. **הריני מאשר לכל מוסד ו\או מרפאה ו\או רופא שטיפל בי בתחום הנפש לרבות פסיכולוגים ו\או פסיכיאטרים** להעביר ל"ביטוח שייר" את כל הפרטים ו\או המסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי הנפשי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה לרבות פרטים על טיפול תרופתי שהומלץ לי ו\או שקיבלתי.
5. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"ביטוח ישיר" ו\או למי שמטעמה כולם ביחד וכל אחד לחוד.
6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי ע"פ דין וכל מי שיבוא במקומי.

<u>פרטי המבוטח:</u>

שם פרטי ____________	**שם משפחה** ____________	**ת.ז.** ____________	**טל' נייד** ____________
רחוב ____________________	**מס'** ______	**ישוב** ____________	**מיקוד** ____________
שם קופ"ח ____________	**שם קופ"ח קודמת** ____________	X______________. **חתימת המבוטח**	

<u>פרטי העד לחתימה:</u> (על העד להיות אחד מהבאים: עו"ד\ רופא\ אחות\ עובד סוציאלי\ פסיכולוג\מורשה חתימה בבנק)

שם פרטי ____________	**שם משפחה** ____________	**ת.ז.** ____________	**תפקיד\ מקצוע ומס' רישיון** ____________
רחוב ____________ **מס'** ______	**ישוב** ____________	**מיקוד** ____________	**מספר טלפון** ____________
תאריך ____________	X______________. **חתימת העד**		