

## כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, שאיר של המנוח/ה (שם המנוח/ה) \_\_\_\_\_ נושא ת.ז. \_\_\_\_\_ (של המנוח/ה) מס' \_\_\_\_\_ שנפטר ביום \_\_\_\_\_ נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן, ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, ו/או לצבא להגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או למקומות עבודתו של המנוח/ה בעבר ו/או כל אדם ו/או כל גוף אחר אשר ברשותו מידע על מצבו/ה הבריאותי של המנוח/ה, ו/או הסוציאלי, ו/או הנפשי, ו/או הפסיכיאטרי, ו/או מצבו/ה של המנוח/ה בתחום הסייעודי, ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחלה/תה בה המנוח/ה בעבר (להלן למען הנוחיות: "המידע"), למסור למיטב דש גמל ופנסיה בע"מ (להלן: "המבקש"), ולמי מטעמה, את כל המידע המצוי בידיהם ובאופן שיידרש על ידי המבקש.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות והגורמים הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם, ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם, לרבות בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירת הסודיות בכל הנוגע למידע אודות המנוח/ה שברשותם ובכל הנוגע למידע בדבר תשלומים ששולמו למנוח/ה על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון.

הגני מוותר בזאת על סודיות כלפי המבקש, ולא תהיה לי אל כל המוסדות הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור למבקש.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו במנוח/ה, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם	מספר ת.ז.		
מען	שם קופת החולים של המנוח/ה		
סניף	רופא מטפל של המנוח/ה		
תאריך	חתימה		

עד לחתימה\* חובה לחתום על כתב זה בפני עד

שם עד לחתימה	מספר ת.ז. עד		
מספר רישיון	חותמת + חתימת העד		
תאריך			

\*\*עד לחתימה יכול להיות אחד מאלה המפורטים: עו"ד, רופא, עובד בנק, עובד סוציאלי או סוכן ביטוח (עבור חתימת סוכן ביטוח יש לצרף רישיון סוכן ביטוח) \*\*\* יש להקפיד על כך שהחותמת תכלול את מספר הרישיון הברור של מאמת החתימה