מרכז קשרי לקוחות fnx4u וקבלת קהל: 3455* / 03-7332222 | רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | infom@fnx.co.il | www.fnx.co.il

הפניקס

טופס ויתור סודיות רפואית ובקשה למידע רפואי

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.

רחוב	מספר	ישוב	מיקוד

טלפון נייד	טלפון נייח	שם קוף"ח	שם קופה קודמת

לתשומת לבך,

- **חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה**. עד יכול להיות: עו"ד, רופא/ה, אח/ות, פסיכולוג/ית, עובד/ת סוציאלי/ת, סוכן/ת 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 (האפוטרופסים 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 הסיעודי 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**") את כל הפרטים המצויים ביד "המוסדות" ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי ו/ או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי 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 הסיעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת ללא יוצא מן הכלל, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" 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 1981 – 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 ולהחתימו:

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

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

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

פרטי העד

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