הראל
ביטוח ופיננסים

טופס ויתור על סודיות

הסכמה למסירת מידע רפואי ו/או אחר להראל

יש להקפיד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

א פרטי מבוטח/ת

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת. זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טלפון
שם קופ"ח	שם קופ"ח קודמת	מס' אישי בצה"ל	

ב הצהרת המבוטח/ת

אני החתומ/ה מטה (במקרה של קטינ/הירשמו פרטיו/ה), נותנ/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכון מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למשרד הרווחה, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או חברות הביטוח ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה ("המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה) המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות, אבחנות, תביעות, קבלות וחשבוניות על שירותים שקיבלתי ומסמכים אחרים המצויים בידיכם. כמו כן אני נותנ/ת רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי, לרבות מסמכי הצטרפות, הצהרות בריאות, קבלות וחשבוניות על שירותים שקיבלתי ו/או מסמכים רפואיים שהועברו אליכם וכיוצ"ב.
אני משחרר/ת בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר/ה לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.
הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.
ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטיפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל. בנוסף, הריני מאשר/ת להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי ו/או אחר בענייני, לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או למוסדות רפואיים ו/או ליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים) ולהעביר לאיש הקשר, אשר מינתי לטפל בתביעה מטעמי, את כל המידע וההחלטות בנושא התביעה.
בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל נותני השירותים שפורטו לעיל ו/או מי מטעמם.

תאריך	שם פרטי + משפחה	חתימת המבוטח/ת

ג הצהרת אפוטרופוס לחסוי/ה / קטינ/ה (במקרה וקיים)

- חשוב להחתים את כל ההורים, האפוטרופוסים ומיופי הכח על פי דין בסעיף זה
- במקרה של חסוי/ה יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס
- במקרה של יפוי כוח מתמשך, יש לצרף העתק מיפוי הכוח ואישור ביחס להפעלתו. על הפונה/ים לצרף צילום ת.ז

בנוסף על האמור לעיל, הננו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה/קטינ/ה.

תאריך	שם הורה 1 / אפוטרופוס 1 / מיופה כח מתמשך 1	ת.ז	חתימה
תאריך	שם הורה 2 / אפוטרופוס 2 / מיופה כח מתמשך 2	ת.ז	חתימה

ד חתימת עד/ה מהימנ/ה - רופא/ה / אח/ות / עו"ד / עובד/ת סוציאלי/ת / סוכנ/ת ביטוח

תאריך	שם העד/ה	עיסוק	מס' תעודת זהות
מספר רישיון	חתימת העד/ה	חותמת העד/ה	

ה לצורך ייעול התהליך אפשר לפרט את שמות הרופאים, המכונים, מעבדות או מוסדות

רופאים שמטפלים או טיפלו בי	מכונים, מעבדות, מוסדות מהם קיבלתי שירותים
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

סטודיו הראל 48071.13 09/2025