



לכבוד
ליברה חברה לביטוח בע"מ

כתב ויתור על סודיות רפואית מטעם היורשים

תביעה מס' _____

אנו הח"מ, יורשי המנוח _____ ת.ז. _____ (להלן: "המנוח"), אשר פרטינו הינם כמפורט להלן:

1. _____, ת.ז. _____.
2. _____, ת.ז. _____.
3. _____, ת.ז. _____.

נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למבקשים את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי של המנוח ו/או על כל מחלה שחלה בה בעבר.

כמו כן, אנו הח"מ מאשרים בזה במפורט כי כתב ויתור זה והרשות לגילוי חומר רפואי מתייחסים גם לצה"ל/כוחות הביטחון.

אנו משחררים בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדכם, כולל בתי חולים כללים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי של המנוח ומתירים לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו במוסד לביטוח לאומי, כולל **מידע על התשלומים** שהמוסד לביטוח לאומי שילם לו.

הננו מוותרים על סודיות רפואית זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

שם הקופה: _____ שם הסניף וכתובתו: _____

שם רופאים מטפלים: _____

מס' אישי בצה"ל: _____

אישור

אני הח"מ _____ עו"ד, מאשר כי החתימה דלעיל נעשתה בפני ולאחר שזיהיתי את החותמים עפ"י ת.ז. ולאחר שהסברתי לו/להם והוא/הם הבין/נו את תוכנו ומשמעותו של מסמך זה וחתם/ו מרצונם/הם החופשי והטוב.

תאריך: _____ חתימה: _____