

יש להעביר את כל המסמכים הנדרשים לשם טיפול מהיר ויעיל בתביעתך.  
ייתכן כי בעת הטיפול בתביעה יידרשו מסמכים נוספים

## ויתור על סודיות רפואית - שאירים / יורשים

שם העמית הנפטר ז"ל	מספר זהות
מספר תוכנית/ות	תאריך
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

א. פרטי המצהיר - במידה ומדובר בקטין, חלק זה ימולא ע"י אפוטרופוס הקטין						
מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי		שם האב	
יישוב	רחוב	מספר בית	מספר דירה	ת"ד	מיקוד	קרבה לעמית
מספר טלפון	מספר טלפון נייד		כתובת דואר אלקטרוני			

ב. פרטי העמית ז"ל			
מספר זהות	שם משפחה		שם האב
שם קופת חולים	סניף	מספר חבר	שם רופא מטפל
מספר אישי בצה"ל	סניף מוסד לביטוח לאומי בו טופלה התביעה		

**ג. הצהרת ויתור סודיות**  
אני הח"מ, שאיר/יורש של המנוח (ז"ל) \_\_\_\_\_, מספר זהות \_\_\_\_\_, שנפטר בתאריך \_\_\_\_\_, (להלן "המנוח"), נותן בזה רשות לקופת החולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או בתי חולים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או חברות ביטוח ו/או קרנות פנסיה לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובדיהם ו/או מי מטעמם (להלן "המוסדות") למסור למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמם ו/או לבאי כוחן (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש ע"י המבקש המצויים בידי המוסדות, על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי של המנוח ו/או כל מחלה שחלה בה, ואני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי של המנוח ו/או מחלותיו כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולו תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותו של המנוח טרם פטירתו. אני נותן ויתור זה בשמי ובשם כל יתר השאירים/יורשים של המנוח בעניין בקשתי לקבלת פנסיה מקרן הפנסיה.

### השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה לעמית	חתימה
				★
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה לעמית	חתימה
				★

**ד. עד לחתימה**  
עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק/ סוכן ביטוח בצירוף חותמת / מספר רשיון סוכן).  
תאריך: \_\_\_\_\_ שם העד לחתימה: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ חתימת העד: \_\_\_\_\_

**ה. חתימת השאיר**  
תאריך: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ חתימת השאיר: \_\_\_\_\_

(מהדורה 08.2018)

