



לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
אגף חסכון לטווח ארוך
כתובת דוא"ל להחזרה: bht@ayalon-ins.co.il

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		שם האב
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון

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 הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנה הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל, לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

אני על המידע המפורט להלן:

שם קופ"ח	שם הסניף	שם קופ"ח קודמת	שם סניף קופ"ח קודמת
----------	----------	----------------	---------------------

פרטי היורשים וחתימה - יש לצרף צו ירושה או צו קיום צוואה

במקרה של יורש קטין - נדרשת חתימת ההורה/האפוטרופוס
במקרה של יורש חסוי - יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס ונדרשת חתימת האפוטרופוס

שם היורש	ת.ז.	חתימת היורש	חתימת אפוטרופוס - במקרים שנדרש

אימות חתימה על ידי עד מהימן (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח)

תאריך	שם מלא	מספר רישיון	חתימה + חותמת

