



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

תאגיד - לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975

דרך מנחם בגין (דרך פ"ת) 23, מגדל לוינשטיין (קומה 17) ת"א 6618356

טלפון: 03-7111666 פקסימיליה: 03-7111667 ת.ד. 37505 מיקוד 6137401

מייל מח' תביעות: tviot@karnit.co.il מייל תביעות שיבוב: tviot-hazara@karnit.co.il

מס' תביעה: _____

מס' נפגע: _____

הנדון: כתב ויתור על סודיות - קטין

1. אנו החתומים מטה הוריה/ה של הקטין/נה _____ ת.ז. _____ נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או קופת חולים 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 ו/או למשרד הרווחה ו/או למשרד החינוך ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או ל"נטלי" חטיבת חינוך והדרכה ו/או ל"פמי בריאות"- שירותי בריאות התלמיד ו/או כל קרן פנסיה ו/או משרד האוצר ניצולי שואה שיקום ונכים ו/או הלשכה לפיצויים אישיים ו/או ועדת תביעות ו/או הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל למסור ל"קרנית" - קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, בא כוחה או שלוחה או החייב עפ"י החוק (להלן: "המבקשים") את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שידרשו המבקשים, המתייחסים למצבו/ה הבריאותי של בננו/בתנו ו/או תיק טיפת חלב ו/או הסוציאלי ו/או מצבו/ה בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגיו/ה בלימודים ו/או תיק אישי ו/או תיק רפואי מבית ספר ו/או על כל מחלה שחלה/תה בה בעבר או שהוא/היא חולה בה כעת. כמו כן אנו נותנים רשות לכל אחת מחברות הביטוח למסור למבקשים כל מסמך רפואי או אחר ו/או כל מסמך ו/או מידע המתייחס הן לביטוחים והן לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעבר/ה בננו/בתנו כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

2. אנו משחררים בזה את המבקשים ואת כל הגורמים המנויים בפסקה 1 לעיל לרבות 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 ו/או כל אגף מאגפיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו/ה הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הישגיו/ה בלימודים של בננו/בתנו ומתירים להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו/ה אצלם כולל מידע או מסמך על שירותים המסופקים לו על ידם ועל תשלומים ששולמו ומשולמים לו על ידם, לרבות מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון שילם ומשלם וישלם ל/לה. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטיפלו בבננו/בתנו המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

3. הננו מוותרים על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתובת עדכנית: _____ רופא משפחה: _____
כתובת מגורים קודמת: _____ רופא: _____
רופא: _____
קופ"ח בה חבר הקטין בהווה: _____ שם ב"ס יסודי: _____
סניף: _____ ישוב: _____
קופ"ח בה הקטין היה חבר בעבר: _____ שם ב"ס תיכון: _____
סניף: _____ ביה"ח בו נולד הקטין: _____
סניף טיפת חלב: _____ תאריך עלייה: _____

*האם: שם פרטי ומשפחה _____ ת"ז _____ חתימה _____
*האב: שם פרטי ומשפחה _____ ת"ז _____ חתימה _____

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק):

שם* _____ מספר רישיון* _____ חותמת וחתימה* _____ תאריך* _____

השדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה. שים לב: לא ניתן לעשות שימוש בטופס בו לא מולאו כל שדות החובה. יש למלא בהקפדה את כל הפרטים הרלוונטיים ולהמציא הטופס חתום במקור או כשהוא נושא אישור של עו"ד "העתק מתאים למקור".