



## 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](mailto:tviot@karnit.co.il) מייל תביעות שיבוב: [tviot-hazara@karnit.co.il](mailto:tviot-hazara@karnit.co.il)

מס' תביעה: \_\_\_\_\_

מס' נפגע: \_\_\_\_\_

### הנדון: כתב ויתור על סודיות - חסוי

1. אנו החתומים מטה אפוטרופוסים של החסויה/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ עפ"י צו אפוטרופוסות מיום \_\_\_\_\_, 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 לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או ל"נטלי" חטיבת חינוך והדרכה 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, המתאימים למצבו הבריאותי של החסויה/ה ו/או תיק טיפת חלב ו/או הסוציאלי ו/או מצבו/ה בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגיה/ה בלימודים ו/או תיק אישי ו/או 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 המתיחס הן לביטוחים והן לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברה/ה החסויה/ה 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 הישגיה/ה בלימודים של החסויה/ה 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 עבורו על ידם, לרבות מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון שילם ומשלם וישלם לו/ה. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטיפלו בי 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 החסוי בהווה: \_\_\_\_\_

שם ב"ס יסודי: \_\_\_\_\_

סניף: \_\_\_\_\_

ישוב: \_\_\_\_\_

קופ"ח בה החסוי היה חבר בעבר: \_\_\_\_\_

שם ב"ס תיכון: \_\_\_\_\_

סניף: \_\_\_\_\_

ביה"ח בו נולד/ה החסוי: \_\_\_\_\_

סניף טיפת חלב: \_\_\_\_\_

תאריך עלייה: \_\_\_\_\_

\*אפוטרופוס: שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_

ת"ז \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

\*אפוטרופוס: 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".