



קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים

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

דרך מנחם בגין (דרך פ"ת) 23, מגדל לוינסטיין (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

1. אנו הח"מ, יורשי המנוח/ה _____, ת.ז. _____ (להלן – המנוח), עפ"י צו ירושה/צו קיום צוואה מיום _____ המהווה חלק בלתי נפרד מכתב ויתור על סודיות זה, נותנים בזאת 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 ל"נטלי" חטיבת חינוך והדרכה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות 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 ו/או הסוציאלי ו/או מצבו/ה בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגיו/ה בלימודים של המנוח/ה ו/או על כל מחלה שחלה/תה בה בעבר כולל כרטיס טיפת חלב. 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 המנוח/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 הרווחה ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הישגיו/ה בלימודים של המנוח/ה ומתירים להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו/ה של המנוח/ה אצלם כולל מידע או מסמך על שירותים שסופקו למנוח על ידם ועל תשלומים ששולמו ומשולמים למנוח ו/או ליורשיו ו/או לתלויו על ידם, לרבות מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון שילם ומשלם וישלם למנוח/ה ו/או ליורשי ו/או תלויו המנוח/ה. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטיפלו במנוח/ה 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.

שם המנוח/ה (פרטי ומשפחה): _____ רופא משפחה: _____
שם האב: _____ רופא: _____
שם קודם/שם נעורים: _____ רופא: _____
כתובת מגורים: _____ שם בייס יסודי: _____
מס' אישי בצה"ל: _____ ישוב: _____
קופ"ח בה היה/תה חבר/ה: _____ שם בייס תיכון: _____
סניף: _____ ישוב: _____
ביה"ח בו נולד/ה: _____ תאריך עלייה: _____

*ולראיה באנו על החתום ביום _____

שם פרטי ומשפחה _____ ת"ז _____ חתימה _____
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".