



ניתן להגיש תביעה במייל tviot_briut@ayalon-ins.co.il או בפקס 03-7569586 | לבירורים - 1800-35-2001

בעת הגשת תביעה, אזרח ותיק שהינו מעל גיל 67, המעוניין למלא את טופס התביעה בעל פה, רשאי לפנות לנציג החברה במרכז שירות הלקוחות של איילון, בטלפון 6677*.

שם הסוכן	מס' סוכן
----------	----------

מבוטח/ת יקר/ה

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול רפואי באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטופס זה. לנוחיותך, להלן דף הנחיות המפורט מטה, הבא להדריך אותך, בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך. נבקשך להקפיד ולמלא את הפרטים באופן מדוייק ושלם וכן בכתב יד קריא.

סוגי התביעות שעליהן ניתנות ההנחיות:

- ניתוחים פרטיים בארץ או בחו"ל
- טיפולים אמבולטוריים (ייעוץ מומחים בדיקות מעבדה והדמיה (chek up)
- טיפולי רפואה משלימה
- תרופות מחוץ לסל הבריאות
- ביטוח סיעודי
- מחלות קשות
- השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

טופס ההודעה על מקרה הביטוח בנוי משלושה חלקים:

חלק א' - ימולא על ידך המבוטח - חלק זה כולל פרטים אישיים עליך ועל מקרה הביטוח וכן פירוט פרטי חשבון הבנק לשם ביצוע העברה בנקאית.

חלק ב' - ימולא ע"י הרופא המטפל בקופת חולים - חלק זה כולל מידע רפואי על מקרה הביטוח.

חלק ג' - ימולא ע"י הרופא המנתח.

יחד עם טופס ההודעה על מקרה הביטוח, יש להעביר את המסמכים כמפורט מטה לחברת הביטוח בהקדם האפשרי.

על מנת להקל עלינו בטיפול בפנייתך, נבקשך להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס ההודעה.

לכל תביעה יש לצרף צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

***טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.**

א. ניתוחים

1. ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות המבטח
- א. טופס הודעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וע"י רופא מטפל בקופת חולים (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג').
- ב. מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.
2. ניתוחים שבוצעו שלא באמצעות המבטח
- א. טופס הודעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המטפל בקופת חולים (חלק ב').
- ב. סיכום ניתוח מבי"ח.
- ג. קבלות/העתק קבלות באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון) במידה והניתוח בוצע באופן פרטי.
3. ניתוחים בחו"ל
- א. טופס הודעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המטפל.
- ב. מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח בחו"ל.

ב. טיפולים אמבולטוריים / רפואה משלימה

1. מכתב הפנייה של הרופא המטפל או הרופא המומחה בהתאם לכיסוי הנדרש.
2. קבלות/העתק קבלות באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון) על תשלומים בגין הטיפול.
3. סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.
4. כרטיס טיפולים.
5. צילום רישיון של נותן השירות.

ג. תרופות שלא נכללות בסל הבריאות

1. מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע.
2. המלצה של רופא מומחה המעיד על הצורך בתרופה.
3. שם התרופה ומשך הטיפול בה, כולל מרשם.
4. קבלות/העתק קבלה באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון).

ד. תביעה בגין מקרה סיעודי

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו.
2. חתימה על טופס ויתור סודיות רפואית.
3. במידה ומדובר בדמנציה - יש לצרף צו אפוסטרופוס.
4. מסמכים רפואיים המעידים על היות המבוטח סיעודי כגון הערכה תפקודית או מסמכים מהביטוח לאומי.
5. חוות דעת רפואית ע"י מומחים בהתאם לסוג הבעיה כגון: גריאטריה/פסיכיאטריה.
6. סיכומי אשפוז ממוסדות רפואיים/שיקומיים.
7. במידה והתביעה מוגשת לאחר פטירת המבוטח – בנוסף לאמור לעיל, יש להגיש תעודת פטירה, צו ירושה וצילום ת.ז. של הירושים כולל הספח.

ה. מחלות קשות

1. טופס הודעה אשר ימולא ע"י המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המטפל.
2. מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע הרפואי.
3. תוצאות בדיקות עדכניות לצורך אבחון הבעיה הרפואית וסיכומי אשפוז.

ו. השתלות טיפולים מיוחדים בחו"ל

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו.
2. הפנייה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי לביצוע השתלה ופרטים אוודותיה.
3. מסמך רשמי על רישום במרכז ההשתלות בארץ.
4. מסמך רשמי של משרד הבריאות במדינה בה הנך מיועד לערוך את ההשתלה המאשר כי בבית החולים שיבצע את ההשתלה מורשה לבצע השתלת איברים.
5. פירוט והסבר של התורם והנתרם (בתצהירים) של הקשר ביניהם, סיבת התרומה וכל מידע נדרש אחר שיהפוך את התרומה לסבירה.
6. תצהירים של התורם והמושתל חתומים ומאומתים ע"י עו"ד לפיהם התרומה לא נעשתה כנגד כסף או כנגד הבטחה למתן כסף או שווה כסף.
7. מסמך רשמי של משרד הבריאות במדינה בה הנך מיועד לערוך את ההשתלה הקובע שהשתלת האיבר נעשתה בפיקוח ועדת אתיקה ופרוטוקול ועדת האתיקה המאשר את התרומה.

חלק א: למילוי ע"י המבוטח

1. פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה
רחוב	מס' בית	ישוב	מס' פקס
שם מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מס' טלפון בעבודה של בן/בת זוג	מס' טלפון בבית של בן/בת זוג	מס' טלפון נייד של בן/בת זוג
שם קופת חולים	סניף	כתובת	
כתובת דואר אלקטרוני* לקבלת דיוורים/מידע וכל מסמך אחר (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) המנוהל ביחס לכל אחד ממוצרי הביטוח או החיסכון על שמך בקבוצת איילון			
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל	
<p>פרטי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. אני מאשר לעדכן את פרטי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת איילון ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו. <input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת. מצ"ב העתק ת"ז הכוללת את פרטי כתובתי המעודכנת. לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת"ז תעשה איילון שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. * אין האמור לעיל מהווה אישור לשימוש בדוא"ל למידע שיווקי/פרסומי כל עוד לא ניתנה הסכמה נפרדת לעשות שימוש כזה.</p>			

2. סוג התביעה								
<p><input type="checkbox"/> ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל</p> <p>אנא סמן כיצד תבצע / ביצעת?</p> <p>א. <input type="checkbox"/> פיצוי בגין ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע במסגרת קופת חולים - יש לצרף מכתב שחרור וזאת בנוסף על דוח הרופא. ב. <input type="checkbox"/> בקשה לאישור ותיאום ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל - על הרופא המטפל והרופא המנתח למלא הפרטים בחלקים ב' ו-ג' לטופס זה. האם יש השתתפות של קופת חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - אמציא התחייבות מקופ"ח. ג. <input type="checkbox"/> ביצוע ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות ודו"ח ניתוח. <input type="checkbox"/> תרופה - בקשה לאישור תרופה - התוויה רפואית, שם התרופה ומרשם עדכני. <input type="checkbox"/> מחלות קשות - שם המחלה _____, סיכום רפואי, דוח פתולוגי, סיכום אשפוז. <input type="checkbox"/> אמבולטורי</p> <p><input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות <input type="checkbox"/> בקשה לאישור עקרוני</p> <p>א. האם ברשותך ביטוח משלים בקופ"ח או ביטוח אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ב. האם ברשותך ביטוח כלשהו ממקום עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן כמו כן, נבקשך לסמן את האפשרות הנכונה: ג. אני מצהיר כי הקבלה המקורית ברשותי וכי לא אתבע בגינה החזר ממקור אחר, ובמידה ואעשה זאת אדווח לחברת הביטוח איילון. ד. אני מצהיר כי הקבלה שמספרה _____ הוגשה לביטוח משלים בקופ"ח בה אני חבר במסלול _____ / הוגשה לחברת הביטוח _____ / ובגינה אני זכאי להחזר בסך של _____. ה. הקבלה המקורית אבדה ובמידה ותמצא לא אתבע בגינה החזר ממקור אחר, ובמידה ואעשה זאת אדווח לחברת הביטוח איילון. יש לצרף קבלות וחשבוניות / העתק קבלות וחשבוניות באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון) ומסמכים רפואיים בנוסף למילוי הרופאים המטפלים בחלקים ב' ו-ג' בטופס.</p>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>תאריך</th> <th>פרטי האירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, קבלת טיפול אמבולטורי וכו')</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	תאריך	פרטי האירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, קבלת טיפול אמבולטורי וכו')						
תאריך	פרטי האירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, קבלת טיפול אמבולטורי וכו')							

3. ביטוחי בריאות נוספים
<p><input type="checkbox"/> סיעוד - ימולא בתביעה לפיצוי סיעודי:</p> <p>1. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____</p> <p>2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____</p> <p>3. האם אתה מסוגל להתרחץ / להתגלח בכוחות עצמך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____</p> <p>4. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____</p> <p>5. האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____</p> <p>6. האם אתה שולט על הסוגרים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____</p>
<p>האם הגשת או כוונתך להגיש תביעה למסוד לביטוח לאומי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____</p> <p>האם הגשת או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____</p> <p>האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____ משנת _____ מסוג _____</p> <p>האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט, בחברת _____</p> <p>האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט, בחברת _____</p>


תאריך	מס' זהות	חתימה

חלק ב: למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים

1. פרטי המבוטח		
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות

2. הטיפול במבוטח	
המבוטח בטיפולי החל מתאריך _____	
מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך

3. האבחנה	
האבחנה הנוכחית	
המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך _____	
התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו מתאריך _____	
הצורך בנייתו נקבע בתאריך _____	
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: _____	
תאונת עבודה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____
תאונת דרכים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____

4. פרטי הרופא				
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מס' טלפון	מס' טלפון נייד
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך			חתימת וחותמת הרופא 	

חלק ג: למילוי בידי הרופא המנתח

1. פרטים על הניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד המומלץ


שם הניתוח המומלץ: _____

בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____

את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____

בבית חולים: _____

2. הערות נוספות	

3. פרטי הרופא				
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מס' טלפון	מס' טלפון נייד
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך			חתימת וחותמת הרופא 	

בחירת אופן קבלת הודעות מאיילון בעת הטיפול בתביעה (יש לסמן בחירה אחת)

בהתאם להוראות חוזר יישוב תביעות, החברה תשלח הודעות בדבר השלמת מסמכים, דרישות מידע / בדיקות ותוצאות בירור התביעה, באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר.

באפשרותך לבחור ולסמן אחת מהאפשרויות הבאות.

** ככל ולא תבחר ברירת המחדל תהיה אפשרות (1) להלן, לפי פרטים המפורטים בפרק 1 לעיל.

1. מסרון (SMS) לטלפון נייד לנייד _____ לנייד אחר: _____ - _____
2. דואר ישראל
3. דוא"ל לדוא"ל אחר: _____

אזרח ותיק זכאי לשירות מותאם בהליך בירור התביעה נציג החברה ייעדכן את התובע בבקשות החברה להשלמת מידע, המשך או הפסקת בירור התביעה, דרישה לביצוע בדיקה וכו', באמצעות יצירת קשר טלפוני, ובנוסף במשלוח הודעה באמצעי דיגיטלי שנבחר על ידך לעיל. ככל ותעדיף לבצע את ההתקשרות באמצעי דיגיטלי בלבד, עלייך לאשר להלן את בקשתך: אני מאשר קבלת הודעות מהחברה לגבי הליך בירור התביעה, באמצעי דיגיטלי בלבד שנבחר על ידי לעיל.

אופן תשלום התביעה - חובת מילוי

לתשומת ליבך - תשלום יועבר באמצעות ח-נ בנק בלבד.

אם תביעתך לפיצוי/החזר כספי הינה מעל 3,000 ש"ח יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

הצהרה ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתי לעיל הינן מלאות וכי לא העלמתי מהחברה דברים הקשורים עם התביעה הנוכחית. ידוע לי, כי על פי חוק העלמת פרטים בהצהרתי זו או אי מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי עפ"י הפוליסה. נא לצרף צילום המחאה.

אבקש להעביר את תגמולי הביטוח אם וככל שמגיעים לי או למי מבני משפחתי

לבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון	ע"ש
תאריך	מס' זהות	חתימה		

במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצויין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות הזהות של המוטבים.

במידה והגשת תביעה מסוג מחלה קשה - בתביעה מסוג זה הפיצוי מועבר בתשלום חד פעמי. במידה וברצונך לקבל את הפיצוי בתשלומים חודשיים (ובתנאי שקיים לכך כיסוי מפורש בתנאי הפוליסה). יש לבחור במספר התשלומים - 4 תשלומים שווים ורצופים 6 תשלומים שווים ורצופים 10 תשלומים שווים ורצופים.

אני מאשר לסוכן / יועץ הביטוח שלי בפוליסה לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש לאיילון ביטוח ולקבל מאיילון ביטוח את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך	שם ושם משפחה	חתימת המבוטח
		חתימה

אישור לפניות שיווקיות

אני מאשר/ת הסכמתי לקבל הודעות ופניות שיווקיות מאיילון חברה לביטוח בע"מ ומחברות נוספות מקבוצת איילון ביטוח ו/או מי מטעמן, אודות מוצרים ושירותים של חברות הקבוצה בתחום הביטוח, הפיננסים והחיסכון, לרבות בהודעות אלקטרוניות, מסרונים (כולל דואר אלקטרוני 'וואטסאפ' וכו'), מערכת חיוג אוטומטי ולרבות פניות באמצעי תקשורת אחר ככל שנדרשת הסכמה לכך על פי דין ידוע לי שאוכל לבטל את הסכמתי בכל עת, בהתאם להנחיות, כפי שתהיינה בכל הודעה או בהתאם למידע שמתפרסם באתר או באמצעות שליחת מייל לכתובת: marketing@ayalon-ins.co.il

מאשר מסרב

שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה	חתימת ילד מעל גיל 18
				חתימה

מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות

מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון מידע אישי ומסירתו תלויה ברצון ובהסכמת המוסר אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה.

המידע האישי שתמסור ייאגר במאגרי המידע של איילון חברה לביטוח בע"מ. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילו מטרות הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרות), פרטי הקשר של איילון, וזכויותיך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security>

פסקת התיישנות

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת 5 שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח.

אם עלת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תמנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

לעניין ביטוח חיים ו/או ביטוח מחלות ואשפוז ו/או ביטוח סיעודי בחוזי ביטוח שנכרתו או שחודשו ביום 25.11.2020 (ט' בכסלו התשפ"א) או לאחריו, תמנה תקופת ההתיישנות להגשת תביעה - חמש שנים מקרות מקרה הביטוח.

במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבוא עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשר שנה. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו או במועד קיומו.

חלק ד: טופס בקשת מידע רפואי ויתור על סודיות - חובה למלא

חלק א

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	
רחוב	מס' בית	עיר	מס' האב
		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 לכל חב' ביטוח ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למינהל האוכלוסין ו/או למשרד העלייה והקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או מכון מור מאר ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"אבנר" למסור חומר ו/או מידע המתייחסים לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהן ו/או כל עובד מעובדיהן 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 מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת 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:

חלק ב

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים			
רופאים		מכונים/מעבדות	
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____
4.	_____	4.	_____

מס' אישי בצה"ל	קופ"ח קודמת	מרפאה קודמת
----------------	-------------	-------------

שם האם	מס' זהות	שם האב	מס' זהות
--------	----------	--------	----------

תאריך	עד לחתימה (עו"ד / סוכן ביטוח / עו"ס / רופא) (יש לציין מספר רישיון) חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
-------	---