

בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10957



ויתור על סודיות רפואית Waiver of Right to Privacy – Medical Information

אני הח"מ מבקש/ת בזה למסור לבא כוחי:

I, the undersigned, hereby request to transfer the person holding my power of attorney:

כל מידע שיידרש על ידי ב"כ הנ"ל וגם או כל מידע בקשר למחלתי, הטיפול שנ ניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מסמך אודותיי, רפואי וגם אחרץ בגוסף, כל מידע שיידרש בקשר למצבי הנפשי, חוות דעת קיימות, והטיפול שנ ניתן לי. בחתימתי להלן יש לראות גם אשורי בקשר לפטור שאנוכי נותן/ת. לכם על כל חובת סודיות שחלה עליכם ו/או שתחול עליכם לפי כל חוק ו/או דין

אני _____ מס' מזהה _____ מאשר שהמעסיק שלי מר _____

מס' מזהה _____ יקבל את כל המידע הרפואי שיש ברשות חברת הביטוח.

אני משחרר בזאת את איילון חברה לביטוח וכל אחד מעובדיה מחובת הסודיות הרפואית ומתיר להם למסור

למעבידי הנ"ל כל מידע רפואי אודותיי שברשותכם.

חתימת עובד/מבוטח _____ מס' דרכון _____

I am _____ I.D no. _____ Accept that my employer _____ I.D no. _____ will receive all my medical data.
]

I also dismiss Ayalon Medical Insurance and any one of the workers from the obligation of medical confidentiality. And accept to give only to my employer all the medical knowledge that they has.

~~service~~ service @ rozen-ins.co.il

אני מאשר
03-6729025