

**הנדון: הצהרת בריאות מקוצרת וויתור סודיות רפואית**

**הריני להצהיר בזאת כי:**

1. אין לי נכות ו/או נכויות העולות על 24% ואינני נמצא בהליך לאישורה של נכות
2. במהלך שלוש השנים האחרונות לא אושפזתי ו/או נדרשתי לאשפוז (כולל אשפוז יום)
3. אין ולא היו לי אחת או יותר מהמחלות ו/או סימני המחלות המפורטות להלן: מחלות לב, סרטן, סכרת, אירוע מוחי, טרשת נפוצה, אלצהיימר ו/או פרקינסון
4. אינני חולה/ת אידיס ולא ידוע לי שאני נושא/ת נגיפי אידיס

ובזאת באתי על החתום,

תאריך: \_\_\_\_\_  
שם פרטי: \_\_\_\_\_  
שם משפחה: \_\_\_\_\_  
מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_

אני הח"מ נותנת/ת בזאת רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיו הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיו הרפואיים או סניפיו, וכן, לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור לפניקס חברה לביטוח ו/או לפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים (להלן: המבקש) את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחררת אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כני"ל, ומוותרת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

ובזאת באתי על החתום,

תאריך: \_\_\_\_\_  
שם פרטי: \_\_\_\_\_  
שם משפחה: \_\_\_\_\_  
מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_