



## ויתור סודיות ואישור קבלת מידע על ביטוח אחריות מקצועית

לכבוד: הרצליה מדיקל סנטר בע"מ

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לכם ו/או לביה"ח הרצליה מדיקל סנטר, מרח' רמת ים 7 הרצליה (להלן - "ביה"ח") ו/או לכל מי שפועל מטעמכם ו/או בשליחותכם ו/או בעבורכם ו/או מטעם ביה"ח ו/או בשליחותו ו/או בעבורו, לקבל מידע על ביטוח האחריות המקצועית שלי מחברת הביטוח ו/או סוכנות הביטוח דרכה אני מבוטח/ת, ובין היתר על תוקף הביטוח, היקף הכיסוי הביטוחי, המגבלות וההחרגות, היסטוריית התביעות, גבולות האחריות וכל מידע אחר הרלוונטי להתקשרות עם בית החולים. כמו כן, ברור לי שעלי לדווח לכם מיד עם הפסקת עיסוקי בביה"ח הציבורי ו/או הפסקת ביטוח האחריות המקצועית שלי מכל סיבה שהיא.

בברכה,

שם הרופא/ה	מספר רשיון	תאריך	חתימה וחותמת
------------	------------	-------	--------------

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך