



תצהיר יורשים (במקום צו ירושה או צו קיום צוואה)

אני הח"מ: שם _____ ת.ז. _____.

לאחר שהוזהרתי, כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזה כדלקמן:

1. אני היורש/ת הבלעדית / אני אחד/אחת מיורשי המנוח/ה * ז"ל, תעודת זהות _____ שנפטר/ה ביום _____ (להלן: "המנוח/ה").
קרבתי למנוח/ה: _____.
2. המנוח/ה השאיר/ה אחריו/ה צוואה המצ"ב כחלק בלתי נפרד מתצהיר זה, ופרט לצוואה זו לא הותיר/ה המנוח/ה כל צוואה אחרת ולפיכך בעלי זכות לרשת את המנוח/ה על פי הצוואה הינם כמפורט בסעיף 4 לתצהיר.**
3. המנוח/ה לא השאיר/ה אחריו/ה צוואה ופרט למפורטים בסעיף 4 לתצהיר אין כל קרובים אחרים שהם בעלי זכות עפ"י דין לרשת את המנוח/ה. **
4. להלן שמות כל היורשים עפ"י דין / עפ"י צוואה של המנוח/ה ***:

- 4.1 שם _____ ת.ז. _____
- 4.2 שם _____ ת.ז. _____
- 4.3 שם _____ ת.ז. _____
- 4.4 שם _____ ת.ז. _____

5. אני מצהיר/ה, כי כל היורשים על פי דין / על פי צוואה כמפורט בסעיף 4 לעיל מסכימים למסירת המידע לידי הח"מ והנני מסכים/ה, כי המידע הרפואי של המנוח/ה יועבר לידי כל אחד ואחד מהיורשים הנ"ל, על פי בקשתו.
6. כן הנני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה, כי אין לי ולא תהינה לי כל תביעות או דרישות שהן כלפי שרותי בריאות כללית (להלן: "הכללית") בגין מסירת המידע הרפואי של המנוח/ה לידי כל אחד מהיורשים.
7. אני מתחייב/ת לפצות את הכללית עבור כל תשלום ו/או הוצאה שהכללית תשא בה בגין כל דרישה או תביעה הקשורה במסירת המידע הרפואי ו/או התייעוד הרפואי כאמור.

חתימה

אישור

הנני מאשר/ת, כי ביום _____ הופיע/ה בפני עורך דין _____ במשרדי ברח' _____, מר/גב' _____, הרשום/ה לעיל, שהזדהה/תה ע"י ת.ז. _____ ולאחר שהוזהרתי אותו/ה, כי עליו/ה להצהיר אמת וכי יהיה/תה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה את נכונות התצהיר דלעיל וחתם/ה עליו בפני.

חתימת עוה"ד וחותמת

תאריך

* מחק את המיותר

** יש למחוק סעי' 2 או 3

*** אם המצהיר/ה הוא/היא רק אחד מהיורשים, יש לציין בסעיף 4 את שמות כל היורשים בכוח של המנוח/ה.