

ארגון עובדי בנק דיסקונט לישראל
הועד הארצי

חברים/ות יקרים/ות

ביטוח חיים- עובדים ובני/ות זוג

הכיסוי: ביטוח חיים למקרה מוות מכל סיבה שהיא כולל סיכוני מלחמה אקטיביים ופסיביים. הביטוח תקף גם בעת טיסה ושהייה בחו"ל.

סכום הביטוח 1,000,000 ₪.

הפרמיה החודשית: כ 180 ₪.

סכומי הביטוח והפרמיה צמודים למדד יוקר המחיה.

אין בביטוח מרכיב חסכון כי אם ריסק בלבד.

חשוב להדגיש: האפשרות הניתנת לצירוף בן/בת הזוג בפרמיה זולה זו מתאפשרת כתוצאה מביטוח כלל עובדי הבנק.

על מנת להצטרף לביטוח יש למלא הצהרת בריאות וכתב ויתור על סודיות רפואית המצ"ב ולהחזירם מיד למרוז סוכנות

לביטוח ע"י דואר פנימי של הועד הארצי. **טלפון: 03-5621110 פקס 03-5622447**

ההצטרפות לביטוח כפופה לאישור ה"פניקס" חברה לביטוח בע"מ.

בברכת חברים

הועד הארצי

כפוף לאישור הועד הארצי

פרטי העובד: שם משפחה _____ שם פרטי _____ סניף/מחלקה _____ מס' עובד _____
חשבת שכר: _____
פרטי בן הזוג: שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר ת"ז _____ ת.לידה _____
כתובת _____ חבר בקופת-חולים _____ שם רופא המשפחה _____

- האם אתה סובל או סבלת מהמחלות או מסימני המחלות הבאות: מחלות לב או כלי-דם, מחלה ממארת, מחלות חילוף חומרים או בלוטות (כגון סכרת, מחלות כבד, צהבת מסוג כלשהו), מחלות ריאות ודרכי הנשימה, מחלות או בעיות במערכת השלד או כאבי גב, מחלות דרך דרכי העיכול, איידס?
[] לא [] כן
- האם אושפזת או עברת טיפול כירורגי אמבולטורי או נותחת ב-7 שנים האחרונות?
א. האם אתה מעשן? במידה וכן- _____ סיגריות ביום.
ב. האם אתה שותה משקאות אלכוהוליים (פרט לשמחות ואירועים חגיגיים) ?
במידה וכן מס' כוסות במוצע לשבוע _____.
ג. האם אתה משתמש או השתמשת בסמים?
ד. משקלך _____ ק"ג גובהך _____ ס"מ.
- האם הנך בטיפול או במעקב רפואי, ו/או הנך נוטל תרופות באופן קבוע?
א. [] לא [] כן
ב. האם הנך בריא ובכושר עבודה מלא?
[] לא [] כן

במידה ואחת התשובות לשאלות היא כן, נא פרט (לגבי שאלה 4 אם התשובה היא לא נא לפרט) :

הנני מצהיר בזאת על כל השאלות הנ"ל הן מלאות וכנות, ולא הסתרתי או העלמתי מאומה. ידוע לי כי תשובות שאינן מלאות וכנות מקנות לחברה את הזכות לבטל את הפוליסה ו/או לא לשלם את סכום הביטוח.

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____

• נא לחתום על כתב ויתור סודיות רפואית מעבר לעמוד.

אני מבקש בזה לכלול אותי במסגרת הביטוח הקבוצתי הנ"ל. לצורך תשלום הפרמיה, הנני נותן בזה הרשאה לאגף כח אדם לנכות ממשכורתי מידי חודש את הפרמיה לביטוח הנ"ל (צמודה למדד). אני קובע בזה כי המוטבים במקרה מותי חו"ח הינם:

שם מלא _____ מס ת"ז _____ יחס קרבה _____ חלקו _____

* אם לא צוין דבר, יהיו המוטבים היורשים החוקיים

תאריך _____ חתימת בן הזוג _____ חתימת העובד _____ טלפון: _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל קופות-החולים, רופאי, עובדי, מוסדותיהן הרפואיים והאחרים וסניפיהן, לרבות בתי-חולים, כולל בתי-חולים פסיכיאטריים, מכונים ומעבדות, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-החולים האחרים, וכן לכל עובדי בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי, וכן למוסד לביטוח לאומי, וכן למשרד הביטחון ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל מוסד או גורם אחר, למסור ל"פניקס" חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש"), את כל המידע, הפרטים והנתונים ללא יוצא מן הכלל, המצויים בידי האנשים והמוסדות הנ"ל, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הנפשי ו/או בתחום הסיעודי ו/או השיקום, לרבות על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, לרבות בדיקות וטיפולים שניתנו ו/או ניתנים ו/או יינתנו לי בקשר לכך.

כמו-כן אני נותן בזה רשות לכל האנשים והמוסדות הנ"ל למסור לידי המבקש את רשימת הרופאים, והמוסדות הרפואיים ו/או האחרים, שטיפלו בי במסגרת קופות-החולים, והרשומים במאגרי המידע של קופות החולים. אני משהרר בזה את כל האנשים והמוסדות הנ"ל מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים והמוסדות הרפואיים ו/או האחרים שטיפלו בי, הנמצאת במאגרי המידע של המוסדות הנ"ל, ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על-שמי אצל האנשים והמוסדות הנ"ל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אל האנשים והמוסדות הנ"ל או אל מי מהם או אל צד שלישי כלשהו כל טענה או תביעה בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על כל מידע, רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של האנשים והמוסדות הנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את באי-כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.

תאריך _____ שם _____ מספר ת"ז _____ חתימה _____

מיויל _____

כתובת למשלח דואר ישראל: _____