

ארגון עובדי בנק דיסקונט לישראל
הועד הארצי

חברים/ות יקרים/ות

ביטוח תא"ש - עובדים ובני/ות זוג

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 כלל חברה לביטוח בע"מ.
כפוף לאישור הועד הארצי

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

עיסוק המציע: ציין האם עבודתך:	<input type="radio"/> עבודה כפיים	<input type="radio"/> עבודה משרד	<input type="radio"/> פיקוח כלבד	<input type="radio"/> אחר, פרט:
	<input type="radio"/> מכונית עם/ללא כח מכני	<input type="radio"/> חומרי נפץ/חומרים מסוכנים	<input type="radio"/> פריקה וטעינה	
ב. האם נקבעו לך אחוזי נכות כללית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן בשל אינן ליקויים? _____	על-ידי איזה גורם? _____ שיעור אחוזי נכות _____			
מתי? _____ התקבלו תגלומים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____				
ג. האם היתה לך פעם תאונה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, פרט: _____				
ד. האם סבלת בעבר מאובדן כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט אחוז אובדן הכושר הזמני: _____	משך אובדן הכושר הזמני: _____			
ה. האם אושפזת אי פעם במסדר רפואי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט מתי, מדוע ולאילו תקופה: _____				
ו. האם עברת הליך ניתוחי או כירורגי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____				
ז. האם הינך חבר בקופת חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, באיזו? _____				
ח. האם הינך סובלת/ת ממחלות כרוניות או אחרות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____				
ט. האם הינך סובלת/ת כיום או סבלת בעבר ממחלה, מום, נכות, מגבלה או פגיעה גופנית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____				
י. האם חברת הביטוח סירבה לבטח, סירבה לחדש, דרשה תנאים מיוחדים או ביטלה לך אי פעם ביטוח תאונות אישיות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____				
יא. האם הינך מבוסס בפני תאונתך? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____				
יב. חשיפה לסיכונים - האם היית או הינך חשוף/ה באופן ישיר או עקיף לחומרים הבאים (אם כן, יש לפרט: מקום, משך הזמן, משך היום, אופן ההגנה בפני החשיפה)				
1. חומרים כימיים או גזים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	2. אסבסט? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	3. חומרים רעילים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	4. חומרים רדיו אקטיביים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	5. חומרי נפץ/חומרים מסוכנים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
פרט: _____				
יג. האם אתה עוסק בתחביבים ו/או עיסוקים מסוכנים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____				
יד. האם הינך ספורטאי רשום בקבוצת ספורט כלשהי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____				

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 נתון בזה הרשאה לאגף כח אדם לנכות ממשכורת 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, רופאיהן, עובדיהן, מוסדותיהן הרפואיים והאחרים וסניפיהן, לרבות בתי-חולים, כולל בתי-חולים פסיכיאטריים, מכונים ומעבדות, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-החולים האחרים, וכן לכל עובד 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 הסיעוד 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 משחרר 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 _____

כתובת למשלח דואר: _____