תאריך:

לכבוד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חברה לביטוח

**הנדון : הודעה על הצטרפות עובד חדש וכתב כיסוי זמני ל- 90 יום**

**שם חברה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**נבקשכם לבטח את העובד בכיסוי זמני מתחילת עבודתו למשך שלושה חודשים לביטוח חיים ואובדן כושר עבודה :  
1. אובדן כושר עבודה – 75% משכר מבוטח מוגבל בשכר 20,000 ₪, מוגבל בפיצוי בגובה 15,000 ₪.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| מספר ת"ז : |  | תאריך התחלת עבודה : |  |
| שם פרטי : |  | שכר מבוטח חודשי : | ₪ |
| שם משפחה : |  | תפקיד : |  |
| תאריך לידה : |  | מועד הזכאות להסדר פנסיוני : |  |
| מצב משפחתי : |  | זכאות לקרן השתלמות : |  |
| טל' נייד : |  | מועד הזכאות לקרן השתלמות : |  |
| טל' בבית : |  | הפקדה לפיצויים : |  |
| דוא"ל : |  | קיים סעיף 14 |  |

**2. ביטוח חיים - כפולת 30 משכורות לרווק, 50 משכורות לנשוי, 20 משכורות נוספות עבור כל ילד, מוגבל ב- 1,500,000 ₪. כיסוי זמני זה יתקזז מול כל ביטוח מנהלים ו/או קרן פנסיה אחרת הקיימים ממקום עבודתו הקודם של העובד (כולל בסטאטוס ריסק זמני) וישולם רק הפרש סכום הביטוח במקרה של מוות והפרש הפיצוי החודשי במקרה של א.כ.ע.**

|  |  |
| --- | --- |
| שם איש קשר בחברה : |  |
| תפקיד איש קשר : |  |
| חתימה וחותמת חברה : |  |

**הצהרת בריאות מקוצרת**

1. **אין לי נכות כלשהי העולה על 35%**
2. **לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה בשלש השנים האחרונות.**
3. **לא אובחנו אצלי בחמש השנים האחרונות מומים/הפרעות, באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאות ולא חליתי באחת מהמחלות הבאות :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **מחלות לב** | 1. **יתר לחץ דם** | 1. **סוכרת** | 1. **סרטן** |

1. **אינני יודע על היותי נשא** HIV **או חולה במחלת האיידס (תסמונת הכשל החיסוני).**

**שם קופ"ח:**  **סניף:**

**במידה ואין באפשרותך להצהיר על אחד או יותר מהסעיפים 1 עד 4 בהצהרת הבריאות המקוצרת לא יינתן לך כיסוי זמני. במקרה שבו קיים מידע רפואי קודם אודות העובד) מכוח תביעות ו/או הצהרות בריאות אחרות שקיימות ב \_\_\_\_\_ (להלן "חברת הביטוח"), חברת הביטוח רשאית לעשות שימוש במידע זה והמידע הנ"ל ייחשב כמידע המצוי בחזקתה הכללית של חברת הביטוח.**

ויתור סודיות רפואית

**אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לקופת החולים ו/או עובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לבטוח לאומי ו/או כל מוסד תורם אחר למסור ל \_\_\_\_\_\_\_\_ חברה לבטוח בע"מ, להלן המבקש, את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על פי מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד (הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.**

**הנני מצהיר כי הפרטים הנ"ל נכונים, חתימה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**