

## הנדון: בקשה לשינויים בחשבון פרוגמל מנהלים

<b>1. פרטי העמית</b>		מספר זהות		שם פרטי ומשפחה		מס' טלפון בבית		מס' טלפון נייד	
מצב משפחתי רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>		מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		מעמד <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עצמאי 47 <input type="checkbox"/>		דואר אלקטרוני			

<b>2. ברצוני לבצע את השינויים כמפורט להלן:</b>	
<b>2 א. שינוי מקצוע ועיסוק העובד</b>	
<b>2 ב. שינוי מעסיק</b>	
שם המעסיק	
מספר ח.פ. / ע.מ.	
מייל מעסיק	
מספר טלפון מעסיק	

תאריך	חתימה + חותמת מעסיק	חתימת העובד
<p>לצורך יישום השינויים תפתח קופה חדשה.</p> <p><b>2 ג. שינויים בהרכב התשלומים:</b> גובה שכר בשי"ח: _____ חלק עובד - _____% , חלק מעביד - _____% , חלק פיצויים - _____% .</p>		

<b>2 ד. שינויים בכיסויים:</b>	
<b>כיסוי ביטוחי למקרה מוות (נא לסמן אפשרות אחת בלבד):</b>	
<input type="checkbox"/> ללא שינוי במתכונת הביטוח <input type="checkbox"/> בגובה של _____ משכורות כולל צבירה בקופת הגמל <input type="checkbox"/> בסכום של _____ כולל / <input type="checkbox"/> לא כולל צבירה בקופת הגמל <input type="checkbox"/> ברצוני לבטל כיסוי זה	
<b>כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה:</b>	
<input type="checkbox"/> ללא שינוי במתכונת הביטוח <input type="checkbox"/> בשיעור של _____% מהשכר המבוסס <input type="checkbox"/> ברצוני לבטל כיסוי זה	

### 3. טופס הצהרת בריאות מקוצרת - יש למלא במקרה של שינוי בהרכב התשלומים או בהגדלת והוספת הכיסויים הביטוחיים

הצהרת הבריאות שלהלן, תמולא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם נוחות אך מיועד לשני המינים. על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, לצרף מכתב מרופא מטפל המפרט: מצב רפואי כללי, פירוט ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אישפוזים ותוצאות בדיקות דיומות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

גובה \_\_\_\_\_ ס"מ משקל: \_\_\_\_\_ ק"ג שימוש בסמים: בהווה, פרט: \_\_\_\_\_ בעבר, פרט: \_\_\_\_\_

האם אתה מעשן?  לא  כן, כמות סיגריות ליום \_\_\_\_\_ פרט סוג:  סיגריות  סיגרנים  פייפ  אחר \_\_\_\_\_

האם עישנת בעבר?  לא  כן, איזה סוג \_\_\_\_\_ מתי הפסקת לעשן \_\_\_\_\_ למשך כמה זמן עישנת \_\_\_\_\_ כמות: \_\_\_\_\_

**יש לענות על כל השאלות הבאות ולסמן "כן" או "לא". בכל מקרה של תשובה חיובית ("כן") - יש להשלים את הפרטים בטבלת פירוט הממצאים בטופס זה למטה, וכן להשלים את המידע הרפואי הנדרש בשאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום לצד השאלה, ולצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות.**

- האם קיימת לך נכות מעל 20%?  לא  כן
- האם אושפזת בבית חולים, כולל במיין, או עברת ניתוח כלשהו ב-5 השנים האחרונות?  לא  כן (שאלון מס' 9)
- האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו (למעט רופא משפחה)?  לא  כן
- האם היית במצב של אי יכולת לעבוד כתוצאה ממחלה או תאונה במשך תקופה של יותר משבועיים ב-3 השנים האחרונות?
- האם אתה עוסק בתחביבים מסוכנים, נא פרט ומלא שאלון תחביבים תואם.

**6. האם אובחנת כלוקה במחלות / הפרעות ו/או בעיות הרפואיות הרשומות מטה:**

6.1. מחלת לב וכלי דם (שאלון מס' 11), לחץ דם גבוה ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות (שאלון מס' 12)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
6.2. סוכרת (שאלון מס' 15)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
6.3. סרטן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
6.4. מחלות / בעיות בכבד, הפטיסיס (שאלון מס' 19)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
6.5. מחלות / בעיות כליות (שאלון מס' 13)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
6.6. מחלות ריאה ודרכי הנשימה (שאלון מס' 2)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

**פירוט ממצאים חיוביים בהצהרת הבריאות**

שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבן כיום

אני החתום מטה, מבקש בזה ממיטב גמל ופנסיה בע"מ ("החברה") לרכוש את הכיסויים הביטוחיים מאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"), כפי שצוין בהצעה. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות היון נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה והצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר לחברה או למבטח בכתב, וכן התנאים המקובלים אצל החברה והמבטח לענין זה, ישמשו תנאי יסוד בחוזה ביטוח ביני לבין החברה והמבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. (3) לא ידוע לי על כל ענין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה בסעיף 6ג) לחוק חוזה הביטוח. (4) הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. (5) ידוע לי ואני מסכים כי תשובתי ואו המידע שיימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצרכי החברה והמבטח בלבד. (6) אני מצהיר בזה כי הפיצויים המבוקשים לפי ביטוח אי כושר עבודה, במידה ועשה ביטוח נוסף זה, יחד עם הפיצויים החודשיים המבוססים על "פוליסות אחרות מסוג זה בכל חברת ביטוח אינם עולים על 100% מהכנסתי הממוצעת בשנה האחרונה.

תאריך	חתימה	חתימה	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי
-------	-------	-------	------	----------	---------