מיטב דש.

לכבוד
מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ

הנדון: בקשה לשינויים בחשבון פרוגמל מנהלים

1. פרטי העמית

מספר הזהות	שם פרטי ומשפחה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד
מצב משפחתי ר / נ / ג / י / א	מין ז / נ ☐ ☐ מעמד ☐ שכיר / ☐ עצמאי / ☐ עצמאי 47	דואר אלקטרוני	

2. ברצוני לבצע את השינויים כמפורט להלן:

2 א. שינוי מקצוע ועיסוק העובד

2 ב'. שינוי מעסיק

שם המעסיק | מספר ח.פ. / ע.מ.

מייל מעסיק

מספר טלפון מעסיק

תאריך ____________ חתימה + חותמת מעסיק ____________ X ____________ חתימת העובד

לצורך יישום השינויים תפתח קופה חדשה.

2 ג'. שינויים בהרכב התשלומים: גובה שכר בש"ח: ____________ חלק עובד - % ____________, חלק מעביד - % ____________, חלק פיצויים - % ____________.

2 ד. שינויים בכיסויים:

כיסוי ביטוחי למקרה מוות (נא לסמן אפשרות אחת בלבד):

☐ ללא שינוי במתכונת הביטוח

☐ בגובה של ____________ משכורות כולל צבירה בקופת הגמל

☐ בסכום של ____________ ☐ כולל / ☐ לא כולל צבירה בקופת הגמל

☐ ברצוני לבטל כיסוי זה

כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה:

☐ ללא שינוי במתכונת הביטוח ☐ בשיעור של % ________ מהשכר המבוטח

☐ ברצוני לבטל כיסוי זה

נספחי הרחבה לתוכנית הבסיסית - יש לסמן את ההרחבות להוספה בתוכנית:

1. ☐ (966) חושן עיסוק ספציפי
2. ☐ (967) חושן ביטול קיזוז פיצוי חודשי מגורם ממשלתי
3. ☐ (972) חושן פיצוי סיעוד בשיעור: % ______ מהשכר

(שיעור הפיצוי לא יעלה על 1/3 משיעור הפיצוי לאכ"ע, ויחד לא יותר מ-100% מהשכר / הכנסה מבוטחת)

יש לסמן רק אחת מההרחבות הבאות בכל סעיף:

4. ☐ (963) חושן פרנצ'יזה או ☐ (964) חושן חודש המתנה
5. ☐ (973) חושן פיצוי צמוד מדד 36 חד' או ☐ (974) חושן פיצוי צמוד מדד 48 חד' או ☐ (975) חושן פיצוי צמוד מדד 60 חד'
6. ☐ (976) חושן פיצוי עולה 1% בשנה או ☐ (977) חושן פיצוי עולה 2% בשנה
7. ☐ (978) חושן שכר עולה (גג חתם) 20% או ☐ (979) חושן שכר עולה (גג חתם) 25%

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 דימות 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 ☐ סיגרים ☐ 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.

1. האם קיימת לך נכות מעל 20%? נא לפרט אחוזי נכות, סיבה והשפעה על יכולתך לעבוד.	☐ לא ☐ כן
2. האם אושפזת בבית חולים, כולל במיון, או עברת ניתוח כלשהו ב- 5 השנים האחרונות ? ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד ? נא לפרט. (שאלון מס' 9)	☐ לא ☐ כן
3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו (למעט רופא משפחה)? נא לפרט סיבה, תוצאות וטיפולים.	☐ לא ☐ כן
4. האם היית במצב של אי יכולת לעבוד כתוצאה ממחלה או תאונה במשך תקופה של יותר משבועיים ב- 3 השנים האחרונות?	☐ לא ☐ כן
5. האם אתה עוסק בתחביבים מסוכנים, נא פרט ומלא שאלון תחביבים תואם. ____________	☐ לא ☐ כן

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)	☐ לא ☐ כן	**6.7** מחלות / בעיות במערכת העיכול (שאלון מס' 6)	☐ לא ☐ כן
6.2 סוכרת (שאלון מס' 15)	☐ לא ☐ כן	**6.8** . בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת או אישפוז פסיכיאטרי (שאלון מס' 17)	☐ לא ☐ כן
6.3 סרטן	☐ לא ☐ כן	**6.9** מחלות מערכת העצבים והמוח	☐ לא ☐ כן
6.4 מחלות / בעיות בכבד, הפטיטיס (שאלון מס' 19)	☐ לא ☐ כן	**6.10** בעיות גב ו/או עמוד שדרה (שאלון מס' 5)	☐ לא ☐ כן
6.5 מחלות / בעיות כליות (שאלון מס' 13)	☐ לא ☐ כן	**6.11** בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ליקוי שמיעה	☐ לא ☐ כן
6.6 מחלות ריאה ודרכי הנשימה (שאלון מס' 2)	☐ לא ☐ כן	**6.12** מחלות זיהומיות, איידס, נשא HIV	☐ לא ☐ כן

פירוט ממצאים חיוביים בהצהרת הבריאות

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

אני החתום מטה, מבקש בזה מ**"מיטב דש" גמל ופנסיה בע"מ** (להלן: "החברה") לרכוש את הכיסויים הביטוחיים מ**"איילון חברה לביטוח בע"מ** (להלן: "המבטח"), כפי שצוין בהצעה.

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן 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 לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד בחוזה ביטוח ביני לבין החברה והמבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. (3) לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה בסעיף 6(ג) לחוק חוזה הביטוח. (4) הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. (5) ידוע לי ואני מסכים כי תשובתי ו/או 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 ויעשה ביטוח נוסף זה, יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים ע"י פוליסות אחרות מסוג זה בכל חברת ביטוח אינם עולים על 100% מהכנסתי הממוצעת בשנה האחרונה.

תאריך ____________ X ____________ חתימה

שם פרטי ____________ שם משפחה ____________ ת.ז ☐☐☐☐☐☐☐ X ____________ חתימה ____________ תאריך

מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ מבית מיטב דש ואיילון ביטוח
טלפון 3366* (שלוחה 3) • פקס 073-7778333 • ת.ד 2442 בני ברק מיקוד 5112302 • progemel@mtds.co.il

1.100.4.1.19