

הנדון: בקשה לשינויים בחשבון פרוגמל מנהלים

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

2. זרזוני אג'טצ'אג השינויים כאמור אלפא:

2 א. שינוי מקצוע ועיסוק העובד	
2 ב. שינוי מעסיק	
שם המעסיק	מספר ח.פ. / ע.מ.
מיל מעסיק	
מספר טלפון מעסיק	

תאריך	חתימה + חותמת מעסיק	חתימת העובד
<p>לצורך יישום השינויים תפתח קופה חדשה. 2 ג. שינויים בהרכב התשלומים: גובה שכר בש"ח: _____ חלק עובד - % _____, חלק מעביד - % _____, חלק פיצויים - % _____.</p>		
<p>2 ד. שינויים בכיסויים: כיסוי ביטוחי למקרה מוות (נא לסמן אפשרות אחת בלבד): <input type="checkbox"/> ללא שינוי במתכונת הביטוח <input type="checkbox"/> בגובה של _____ משכורות כולל צבירה בקופת הגמל <input type="checkbox"/> בסכום של _____ כולל / לא כולל צבירה בקופת הגמל <input type="checkbox"/> ברצוני לבטל כיסוי זה</p> <p>כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה: <input type="checkbox"/> ללא שינוי במתכונת הביטוח <input type="checkbox"/> בשיעור של _____ מהשכר המבוטח <input type="checkbox"/> ברצוני לבטל כיסוי זה</p>		

3. אופס בלמרג בריאות מקוצר - יש להמלא מקרה של שינוי זמני במצב הבריאות או זמני במצב הכלכלי או אופס בכיסויים מילואים:
 הצהרת הבריאות שלהלן, תמלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם נוחות אך מיועד לשינויים המיניים. 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.	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)	3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו (למעט רופא משפחה)? נא לפרט סיבה, תוצאות וטיפולים.	4. האם היית במצב של אי יכולת לעבוד כתוצאה ממחלה או תאונה במשך תקופה של יותר משבועיים ב-3 השנים האחרונות?	5. האם אתה עוסק בתחביבים מסוכנים, נא פרט ומלא שאלון תחביבים תואם.
6. האם אובחנת כלוקה במחלות / הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה:				
6.1 מחלת לב וכלי דם (שאלון מס' 11), לחץ דם גבוה ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות (שאלון מס' 12)	6.2 סוכרת (שאלון מס' 15)	6.3 סרטן	6.4 מחלות / בעיות בכבד, הפטיטיס (שאלון מס' 19)	6.5 מחלות / בעיות כליות (שאלון מס' 13)
6.6 מחלות ריאה ודרכי הנשימה (שאלון מס' 2)	6.7 מחלות / בעיות במערכת העיכול (שאלון מס' 6)	6.8 בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת או אישפוז פסיכיאטרי (שאלון מס' 17)	6.9 מחלות מערכת העצבים והמוח	6.10 בעיות גב ו/או עמוד שדרה (שאלון מס' 5)
6.11 בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ליקוי שמיעה	6.12 מחלות זיהומיות, איידס, נשא HIV			

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

אני החתום מטה, מבקש בזה ממיטב דש גמל ופנסיה בע"מ (להלן: "החברה") לרכוש את הכיסויים הביטוחיים מאילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבוטח"), כפי שצוין בהצעה. אני מצהיר, מטעמי 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, יישמשו 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 חוקה הביטוחי. (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 לי ביטוחי 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.

_____ X _____
 תאריך חתימה

_____ X _____
 שם פרטי שם משפחה ת.ז חתימה תאריך