

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_

באמצעות אגס לידרים סוכנות לביטוח

**הנדון: כיסוי ביטוחי זמני**

האם ברשותך הסדר פנסיוני בתוקף? **כן / לא**

**1. פרטים אישיים של העובד:**

- א. שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_
- ב. ת. לידה: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_
- ג. תאריך תחילת עבודה: \_\_\_\_\_ מס. עובד \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_
- ד. הפרשה לתנאים סוציאליים החל ממשכורת חודש: \_\_\_\_\_
- ה. הפרשה לקרן השתלמות החל ממשכורת חודש: \_\_\_\_\_
- ו. שכר לתנאים סוציאליים: \_\_\_\_\_ האם קיים סעיף 14: כן / לא
- ז. טל' בעבודה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_
- ח. מצב משפחתי \_\_\_\_\_ מספר ילדים \_\_\_\_\_ יש להשלים את פרטי המשפחה כמוטבים בתקופת הכיסוי הזמני:

שם (פרטי + משפחה)	ת.ז.	ת. לידה	מין	קרבה	אחוז
			ז / נ		
			ז / נ		
			ז / נ		
			ז / נ		

**2. נבקשכם להחיל לגבי העובד/ת את הכיסויים הביטוחיים הבאים:**

אובדן כושר עבודה, פיצוי של 75% ממשכורת/ה לצורך ביטוח מנהלים (מוגבל עד לשכר של 27,500 ש"ח).  
סכום ביטוח למקרה מוות ע"ס 750,000 ש"ח או 60 משכורות, הנמוך מבין השניים.

**3. הכיסוי מותנה במילוי הצהרת בריאות מקוצרת:**

לא	כן	שמן כן / לא – פרט אם יש צורך
		1. האם קיימת נכות כלשהי העולה על 35%?
		2. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה ב-3 שנים האחרונות?
		3. האם אובחנו אצלך ב-5 השנים האחרונות מומים/ הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חלית באחת המחלות הבאות:
		א. מחלות לב
		ב. סוכרת
		ג. סרטן
		4. האם הנך נשא HIV או חולה במחלת האיידס (תסמונת הכשל החיסוני)?
		5. האם יש במקצועך, עיסוקך, תחביבך או אורח חייך סיכון מיוחד? באם כן, פרט: _____
		הצהרה בנושא עישון: <input type="radio"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום <input type="radio"/> לא עישנתי מעולם <input type="radio"/> איני מעשן לפחות 3 שנים
		קופת חולים: _____ סניף: _____
		גובה _____ משקל _____

**ויתור על סודיות רפואית (לצורך הפוליסה בלבד לחיתום ותביעות):** אני הח"מ נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור ל- \_\_\_\_\_ חברה לביטוח בע"מ להלך "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

חתימה וחותמת מעסיק

חתימת עובד

אגס לידרים (ישראל) סוכנות לביטוח (2003) בע"מ (מקבוצת הפניקס)

מגדל משה אביב, ז'בוטינסקי 7, רמת גן 52520. טלפון: 03-7530500 פקס: 03-7530510 www.agamin.co.il