

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_  
חברה לביטוח בע"מ

**הנדון: כיסוי זמני לתקופה של עד 3 חודשים**

להלן נתוני העובד לצורך הכנסתו לכיסוי זמני של עד 90 יום מתחילת עבודתו:

**המעסיק:**

- |       |                        |    |
|-------|------------------------|----|
| _____ | שם:                    | 1. |
| _____ | מס' ת.ז.:              | 2. |
| _____ | תפקיד בארגון:          | 3. |
| _____ | תאריך לידה של העובד/ת: | 4. |
| _____ | מצב משפחתי:            | 5. |
| _____ | טל. עובד:              | 6. |

**הנחיות**

- |       |   |    |
|-------|---|----|
| _____ | שכר ברוטו לצורך חישוב ביטוח מנהלים:     | 1. |
| _____ | תאריך תחילת עבודה:                      | 2. |
| _____ | תאריך תחילת הביטוח (שכר פנסיוני ראשון): | 3. |
| _____ | מוטבים במקרה מוות:                      | 4. |
| _____ | הערות:                                  | 5. |

**לצורך צילום ת.ז. + ספח מלא**

**גובה הכיסוי הזמני – יחושב לפי "השכר הקובע" שיחושב כדלקמן: השכר לתנאים סוציאליים**  
 במקרה מוות: כפולה של השכר הקובע, רווק 30 משכורות, נשוי 50 משכורות, תוספת של 10 משכורות לכל ילד עד תוספת של 30 משכורות, מוגבל בתקרה של 1.5 מליון ₪ ובניכוי סכום לפטירה קיים אחר.

למקרה א.כ.ע.: 75% מהשכר הקובע, מוגבל בתקרת שכר של 15,000 ₪ ובניכוי סכום ביטוח בתכנית הכיסוי הביטוח על פי מסמך זה ייכנס לתוקפו בתאריך תחילת הביטוח הנקוב לעיל רק לאחר אישור חברת הביטוח ובהתאם לתנאים שיאושרו על ידה.

**הצהרת בריאות מקוצרת:**

מצהיר/ה בזה כדלקמן: גובה \_\_\_\_\_ ס"מ משקל \_\_\_\_\_ ק"ג

- לא נקבע לי על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, או גורם אחר כלשהוא שעור נכות של 35% או יותר, ולא הוגשה מטעמי בקשה אשר הדיון בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור.
- לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך שלוש השנים האחרונות.
- אין לי היסטוריה של מחלות לב או סרטן במשך השנים האחרונות.
- אני לא חולה איידס ולא ידוע לי שאני נושא נגיפי איידס.

הרגלי עישון (יש לסמן ולמלא את הפרטים המתאימים):

- אינני מעשן ולא עישנתי בעבר.
- אני מעשן \_\_\_\_\_ סיגריות ליום במשך \_\_\_\_\_ שנים.
- עישנתי בעבר \_\_\_\_\_ סיגריות ליום במשך \_\_\_\_\_ שנים, ומזה \_\_\_\_\_ שנים איני מעשן.

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 חתימת המבוטח

**ויתור סודיות רפואית**

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד תורם אחר למסור לי" \_\_\_\_\_ "חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש 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 (הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כני"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: X \_\_\_\_\_

שם החותם מטעם המעביד: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ חתימה: X \_\_\_\_\_