

לכבוד
הלמן-אלדובי קופות גמל ופנסיה בע"מ
דרך בן גוריון 2
רמת גן, 52573

בקשה לשינויים בקרן הלמן-אלדובי פנסיה מקיפה

מ'4

אני החתום/מה מטה: שם: _____ מס' ת.ז. _____

- ☐ מבקש/ת לשנות את תכנית הביטוח: מתכנית _____ לתכנית _____.
- ☐ מבקש/ת לשנות את גיל הפרישה לפנסיה זיקנה: מגיל _____ לגיל _____.
- ☐ מבקש/ת להגדיל/להקטין את התשלום החודשי לקרן הפנסיה מ- _____ ₪ ל- _____ ₪.
- ☐ הריני להודיעכם כי החל מחודש _____ יעמוד השכר על: _____ ₪.
- ☐ הריני להודיעכם כי ההפרשות לקרן תהיינה: תגמולי עובד _____%, תגמולי מעביד _____%, ע"ח פיצויים, _____%.
- וזאת החל מחודש: _____.

במקרה של בקשה להגדלת הכיסוי הביטוחי יש למלא את הצהרת הבריאות:

הצהרת בריאות – נא לענות על כל השאלות

- גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג עישון בשנה אחרונה: ☐ לא ☐ כן, כמות ליום _____
- האם בקרת אצל רופא (מלבד לבדיקה שגרתית) או אושפז בבית חולים בשנתיים האחרונות? ☐ לא ☐ כן, אם כן, פרט: _____
 - האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת מן המחלות/בעיות באיברים הבאים: לב וכלי דם, לחץ דם, מערכת העצבים והמוח, סוכרת, ריאות, כליות, עיכול, כבד, גידול סרטני, הפרעות נפשיות, בעיות גב ועמוד שדרה? ☐ לא ☐ כן, אם כן, פרט: _____
 - האם נעדרת מעבודתך מפאת מחלה או תאונה למעלה מ- 3 ימים ברציפות במהלך השנה האחרונה? ☐ לא ☐ כן, אם כן, פרט: _____
 - האם הנך נוטל/ת תרופות באופן קבוע? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____
 - האם הנך משתמש/ת או השתמשת בעבר בסמים? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____
- צורך משקאות חריפים על בסיס יומי? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

הצהרה:

אני החתום/מה מטה מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה זו הינם מלאים, נכונים ומדויקים. כמו כן, ידוע לי כי במקרה של מסירת פרטים לא נכונים או לא מלאים או לא מדויקים שיש בהם להשפיע על זכויותי בקרן החברה המנהלת רשאית לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או זכויות כלשהן. ידוע לי כי זכויותי וחובותיי בקרן יקבעו אך ורק עפ"י תקנון הקרן. ידוע לי כי השינויים יכנסו לתוקף החל מהמועד שייקבע ע"י החברה המנהלת וכי החברה המנהלת רשאית לדרוש מסמכים, לסרב או להחריג את הסכמתה. ידוע לי כי על כל הגדלת הכיסוי הביטוחי תחול תקופת אכשרה חדשה בכפוף לתקנון הקרן.

תאריך _____ חתימה _____ ת.ז. _____

לשימוש משרדי

תאריך השינוי המאושר	החרגות/התניות	חתימה ותאריך