



**פרטי המבוטח**

שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז.	תאריך לידה
כתובת מגורים	עיר	רחוב	בית דירה
דוא"ל	טלפון נייד	מאשר קבלת ההודעות ב-SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

אינני מעוניין כי תעדכנו את פרטי הכתובת, נייד ודוא"ל אצלכם לפי המפורט במסמך זה.  
 ככל שלא תסומן בחירה זו, פרטייך בחברה בפוליסות ביטוח חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה.

**פרטי המעסיק החדש לעדכון בפוליסה/ות**

שם המעסיק	מספר ח.פ. / ע. מורשה	טלפון	איש קשר
כתובת:	דוא"ל		

**פרטי הבקשה להעברת בעלות הפוליסה/ות למעסיק החדש:**

<b>העברת בעלות פוליסות מספר:</b>	<b>גובה המשכורת לתנאים סוציאליים:</b>
_____ / _____ / _____	שם <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> בעל שליטה <input type="checkbox"/>
<b>תאריך התחלת עבודה אצל המעסיק:</b>	<b>תאריך הזכאות להסדר פנסיוני, משכר חודשי:</b>
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
<b>אופן הצמד השכר וההפקדות:</b>	<b>אמצעי גביה בכפוף לתקנות התשלומים:</b>
<input type="checkbox"/> צמוד שכר <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר <input type="checkbox"/> צמוד למדד מחירים לצרכן	<input type="checkbox"/> דרישת תשלום <input type="checkbox"/> בהמחאה - לפקודת איילון חברה לביטוח בע"מ. <input type="checkbox"/> בהעברה בנקאית לחן: 20-461-641898. יש לרשום בטופס ההעברה שם מעסיק, ולהעביר אסמכתא למשרדנו לפקס: 03-7569566. <input type="checkbox"/> הוראת קבע (באישור החברה בלבד) מצ"ב טופס גביה חתום

**פרטי המשך הכיסוי הביטוחי בפוליסה**

בפוליסה מספר:	החל מתאריך: 1/ /	שכר מבוטח בפוליסה: ש"ח				
<b>סוג הכיסוי</b>	<b>הוספה</b>	<b>הגדלה</b>	<b>הקטנה</b>	<b>ביטול</b>	<b>שכר מבוטח / ביטוח / שיעור פיצוי מבוקש לגיל*</b>	<b>כיסוי</b>
<input type="checkbox"/> כיסוי ריסק למקרה מוות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כפולת משכורות <input type="checkbox"/> סכום צמוד	<input type="checkbox"/> סכום ביטוח כולל צבירה <input type="checkbox"/> סכום ביטוח לא כולל צבירה
<input type="checkbox"/> דורו 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> דורו 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	% מהשכר המבוטח	<input type="checkbox"/> <b>בתכניות:</b> <input type="checkbox"/> בשביל הכושר זהב <input type="checkbox"/> בשביל הכושר <input type="checkbox"/> שחרור
<input type="checkbox"/> 64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <b>בתכנית:</b> <input type="checkbox"/> חושן פיצוי ושחרור בפוליסות מ- 12/2017 ואילך
<input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <b>בתכנית:</b> <input type="checkbox"/> חושן פיצוי ושחרור בפוליסות מ- 12/2017 ואילך
<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	% מהשכר המבוטח מעסיק: פיצויים % תגמולים % עובד: תגמולים % % מהפיצוי החודשי (מוגבל ב- 33% מהפיצוי)	<input type="checkbox"/> <b>בתכנית:</b> <input type="checkbox"/> חושן פיצוי ושחרור בפוליסות מ- 12/2017 ואילך
<input type="checkbox"/> 64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <b>בתכנית:</b> <input type="checkbox"/> חושן פיצוי ושחרור בפוליסות מ- 12/2017 ואילך
<input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <b>בתכנית:</b> <input type="checkbox"/> חושן פיצוי ושחרור בפוליסות מ- 12/2017 ואילך

הערות נוספות לכיסויים הביטוחיים:

\* יש לקבוע גיל ביטוחי לתום תקופת הביטוח. בהעדר מילוי - גיל ברירת מחדל לביטוח ריסק מוות ואובדן כושר עבודה יהיה גיל 67 לגברים ונשים.

**חריגת פרמיה לכיסויים ביטוחיים:**

במידה ונרכש ביטוח ריסק למקרה מוות ו/או אובדן כושר עבודה מתוך ההפקדות לתגמולים, במקרה של חריגת הפרמיה לכיסויים הביטוחיים מעל לשיעור המותר בתקנות כיסויים ביטוחיים, יוקטן תחילה הכיסוי למקרה מוות ואחר כך הכיסוי לאובדן כושר עבודה ולבסוף יבוטל השחרור.



**שיעורי ההפקדה בפוליסה/ות:**

מספר פוליסה	רובד שכר	משכורת בפוליסה	ע"ח מעסיק לפיצויים	ע"ח מעסיק לתגמולים	ע"ח העובד לתגמולים	דמי ניהול מההפקדה השוטפת	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
	שח _____	שח _____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
	שח _____	שח _____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
	שח _____	שח _____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
	שח _____	שח _____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %

**תקציב לביטוח אובדן כושר עבודה**

- ע"ח שלב מעסיק עד \_\_\_\_\_% (אך לא פחות מ- 2.5%) מהמשכורת המבוטחת, היתרה מתוך החיסכון, בכפוף לתקנות כיסויים ביטוחיים.
- ע"ח שלב מעסיק עד \_\_\_\_\_% (אך לא פחות מ- 2.5%) מהמשכורת המבוטחת. במידה והפרמיה תעלה על התקציב יוקטן הפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה.
- מתוך החיסכון לתגמולים, בכפוף לתקנות כיסויים ביטוחיים.

**שים לב:** בהתאם לצו ההרחבה בדבר הגדלת הפרשות לביטוח פנסיוני במשק מיום 23.5.2016, ככל ששיעור הפיצוי לאובדן כושר עבודה נמוך מ- 75% מהשכר המבוטח, על המעסיק לשלם את העלות המלאה לרכישת 75% פיצוי עד לשיעור 7.5% מהשכר המבוטח (לתגמולים + ואובדן כושר עבודה יחד).

על פי תקנה 19 בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופה לקצבה, חייבת להיות הפרשה מקבילה לתגמולים בשיעור שלא יפחת מהוראת פקודת מס הכנסה כדלקמן: תגמולי מעסיק לכל הפחות 5%, תגמולי עובד לכל הפחות 5%.

על פי הוראת צו ההרחבה בדבר הגדלת הפרשות לביטוח פנסיוני במשק מיום 23.5.2016, שיעור הפקדת מעסיק, כולל הפקדה לאובדן כושר עבודה לא יפחת מ 6.5% ושיעור ההפקדה למרכיב תגמולי עובד לא יפחת מ 6%.

לתשומת ליבך, לעדכון מסלולי השקעה יש למלא טופס "עדכון מסלולי השקעה בפוליסת ביטוח מנהלים".

**הצהרת בעל רישיון - לביטוח אובדן כושר עבודה**

הנני מאשר כי בטרם כריתת חוזה הביטוח, ביצעתי את המתחייב בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה-2005, בכפוף לחוזרי רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון, לרבות;

ברור אודות קיומו של כיסוי ביטוחי קיים, לכל הפחות באמצעות הגשת בקשת מידע חד פעמית למסלוקה הפנסיונית, מתן המלצה מתאימה למבוטח ומסירת מסמך הנמקה.

**הנני מאשר כי ההכנסה המבוטחת בהצעה זו לביטוח אובדן כושר עבודה:**

- הינה הכנסה מעבודה הקיימת למבוטח, והכנסה זו אינה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים.
- ככל שהתכנית לאובדן כושר עבודה היא בגין הכנסה מעבודה המבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים - אני פועל לביטול התכנית הקיימת לאובדן כושר עבודה.
- ההכנסה המבוטחת לאובדן כושר עבודה, אינה הכנסה המבוטחת בקרן פנסיה.
- שיעור הכיסוי לביטוח אובדן כושר בהצעה זו ובתכנית ביטוח קיימות (אם קיימות) לא עולה על 75% מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח.
- ככל ובמסגרת השיווק הפנסיוני הצעתי הרחבה ל"חושן עיסוק ספציפי", פירטתי למבוטח את הערך המוסף להרחבה זו, לרבות:
1. פירוט האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בכיסוי עיסוק ספציפי.
  2. פירוט העיסוקים שאליהם יופנה המבוטח אם לא ירכוש את ההרחבה לעיסוק ספציפי, ויישאר בהגדרת מקרה הביטוח, כמפורט בתנאי התכנית הבסיסית לחושן: "עיסוק סביר אחר התואם את ניסיונו, השכלתו והכשרתו בתקופה של 3 שנים לפני קרות מקרה הביטוח", וזאת בהתאם לנתוניו ועיסוקו במועד המכירה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_

**מינוי מוטבים - למקרה פטירה**

מוטב 3	מוטב 2	מוטב 1	
			שם פרטי
			שם משפחה
			מספר זהות
			לתושב זר: מס' דרכון + מדינת הנפקה
			תאריך לידה
			סין
			כתובת מגורים
			קרבה
			חלק באחוזים

**אישור המבוטח**

הנני מאשר בזאת ביצוע כל השינויים המפורטים בטופס זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

**הסכמה לקבלת הדוחות התקופתיים באמצעים דיגיטליים**

<input type="checkbox"/> הנני מסכים כי הדוחות התקופתיים ישלחו אלי באמצעים דיגיטליים (מסרון לנייד / דוא"ל). ידוע לי כי בכל עת אוכל לשנות את החלטתי ולהודיע לחברה על בקשתי לקבל בדואר. מספר נייד: _____, דוא"ל: _____	
<input type="checkbox"/> אבקש לקבל את הדוחות התקופתיים באמצעות הדואר, על פי הכתובת המפורטת לעיל.	
תאריך	חתימת המבוטח

**הר הביטוח - בקשה להסרת מידע פוליסות מאתר משרד האוצר**

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.	
<b>במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך לסמן להלן ולחתום</b>	
<input type="checkbox"/> הנני מבקש להסיר את כל נתוני פוליסות הביטוח הקיימות על שמי בחברת איילון, מאתר האינטרנט של משרד האוצר.	
ידוע לי כי אי העברת הנתונים תמנע ממני לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.	
תאריך	חתימת המבוטח

**הצהרות מעסיק - שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים**

<b>בסימון אחד מסעיפים א-ד יש לצרף חתימה וחותמת המעסיק.</b> <b>במידה ולא יסומן או לא יחתם על ידי המעסיק - ברירת המחל תהיה "לא".</b> <b>ניתן לבחור רק אחת מהאפשרויות א-ג להלן.</b>			
א	<input type="checkbox"/> כן, יש לפרט: <input type="checkbox"/> על מלא הפקדה לפיצויים <input type="checkbox"/> על הפקדה חלקית לפיצויים, בשיעור 6% מהשכר המבוטח.	<b>החלת הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויין התשכ"ג - 1963</b>	הנני לאשר כי קיים בין העובד והמעסיק הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין, מתוקף הסכם עבודה ו/או מתוקף צוו הרחבה ענפי.
ב	<input type="checkbox"/> כן	<b>העברת בעלות אוטומטית</b>	משמעות סעיף זה הינה מתן הוראה בלתי חוזרת לפיה הבעלות על הפוליסה תעבור אוטומטית לידי המבוטח, אם תסתיים עבודת המבוטח אצל המעסיק מכל סיבה שהיא. המעסיק לא יוכל לקבל החזר כספי כלשהו מכספי הפיצויים והתגמולים ללא קבלת הסכמת המבוטח.
ג	<input type="checkbox"/> כן <b>יש לפרט את מועד הזכאות לעובד:</b> <input type="checkbox"/> מידי <input type="checkbox"/> בתום 3 שנות עבודה <input type="checkbox"/> לאחר _____ שנים (אך לא יותר מ-3 שנים)	<b>זכאות בלא תנאי</b>	<b>"זכאות בלא תנאי"</b> - המעסיק מאשר בזאת כי הזכאות ליתרת מרכיבי החיסכון בפוליסה זו לרבות מרכיב הפיצויים - הינה של העובד, למעט "על פי סייג לזכאות". המעסיק מאשר כי הוראה זו אינה ניתנת לשינוי או לביטול, אם ניתנה ביום התשלום הראשון של המעסיק לפוליסה. מועד הזכאות יתגבש החל מהמועד הנקוב להלן, אך לא יותר משלוש שנות עבודה של העובד אצל אותו המעסיק, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי. <b>"סייג לזכאות"</b> - זכאותו של העובד כאמור לעיל, לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג - 1963.
ד	<input type="checkbox"/> הצהרת המעסיק: הנני מאשר הפקדת מרכיב הפיצויים בכל אחד ממסלולי ההשקעה הקיימים בחברה, בהתאם לבחירת העובד.	<b>הוראות לעניין בחירת מסלול השקעה על מרכיב הפיצויים בפוליסה</b>	<b>"צבירת הפיצויים"</b> - ערך הפדיון של מרכיב הפיצויים יהיה שווה לסך כל ההפקדות בתוספת רווחים כפי שיוחסו למרכיב זה, בהתאם לתקנות מס ההכנסה ובניכוי דמי ניהול כפי שיוחסו למרכיב זה.
הסכמת המעסיק נדרשת אם לא קיים הסכם לפי סעיף 14 והעובד בחר במסלול השקעה לפיצויים השונה ממסלול ברירת המחל: "מודל תלוי גיל".		<b>שם + שם משפחה של החותם</b>	<b>תאריך</b>
<b>תפקיד</b>		<b>חתימה וחותמת המעסיק</b>	<b>תאריך</b>