

טופס שינויים בפוליסת תגמולים לעצמאים

פרטי בעל הפוליסה / המבוטח					
שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.	
ת. לידה		מיקוד		עיר	
כתובת מגורים		רחוב		בית	
דוא"ל		טלפון נייד		טלפון	

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.

1. בקשת שינויים - עדכון פרטים אישיים
 בכל אחד מהשינויים הבאים חובה לצרף צילום תעודת זהות עדכני כולל ספח

תיקון תאריך לידה ל: _____ / _____ / _____

תיקון מין המבוטח ל: זכר נקבה

עדכון מקצוע/עיסוק ל: מקצוע מעודכן _____ עיסוק מעודכן _____

עדכון כתובת מגורים ל:

רחוב	מס'	דירה	עיר	מיקוד
------	-----	------	-----	-------

פרטי המשך הכיסוי הביטוחי בפוליסה

פוליסה מספר: _____ החל מתאריך: 1/____/____

שכר מבוטח בפוליסה: ₪ _____

סוג הכיסוי	הוספה	הגדלה	הקטנה	ביטול	סכום ביטוח / שיעור פיצוי מבוקש	כיסוי לגיל*	
כיסוי ריסק למקרה מוות <input type="checkbox"/> סכום ביטוח כולל צבירה <input type="checkbox"/> סכום ביטוח לא כולל צבירה	<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"/> דרוו 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח _____	ללא שינוי	
כיסוי אובדן כושר עבודה	<input type="checkbox"/> בתכנית: <input type="checkbox"/> בשביל הכושר זהב <input type="checkbox"/> בשביל הכושר <input type="checkbox"/> שחרור	<input type="checkbox"/> עדכון הפיצוי החודשי	<input type="checkbox"/> 1 חודש המתנה	<input type="checkbox"/> 3 חודשי המתנה	<input type="checkbox"/> פרנצי'זה	<input type="checkbox"/> מורחב ליניארי <input type="checkbox"/> מורחב	<input type="checkbox"/> 60
							<input type="checkbox"/> 64
							<input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> בתכנית: <input type="checkbox"/> חושן פיצוי ושחרור בפוליסות מ- 12/2017 ואילך	<input type="checkbox"/> עדכון הפיצוי החודשי	<input type="checkbox"/> עדכון שחרור באכ"ע SA בלבד <input type="checkbox"/> חושן סיעוד <input type="checkbox"/> חושן עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> חושן ביטול קיזוז מגורם ממשלתי <input type="checkbox"/> חושן פרנצי'זה <input type="checkbox"/> חושן חודש המתנה <input type="checkbox"/> חושן פיצוי צמוד מדד 36 חוד' <input type="checkbox"/> חושן פיצוי צמוד מדד 48 חוד' <input type="checkbox"/> חושן פיצוי צמוד מדד 60 חוד' <input type="checkbox"/> חושן פיצוי עולה 1% בשנה <input type="checkbox"/> חושן פיצוי עולה 2% בשנה <input type="checkbox"/> חושן שכר עולה 20% <input type="checkbox"/> חושן שכר עולה 25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60
							<input type="checkbox"/> 64
							<input type="checkbox"/> 67
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

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.
 ** בהגדלה יש להעביר הצהרת בריאות
 *** בכל שינוי בתכנית "חושן" יש להעביר טופס גילוי נאות להשתנות הפיצוי.

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.

הצהרת בעל רישיון - לביטוח אובדן כושר עבודה

הנני מאשר כי בטרם כריתת חוזה הביטוח, ביצעתי את המתחייב בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק בייעוץ 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 למסלקה הפנסיונית, מתן המלצה מתאימה למבוטח ומסירת מסמך הנמקה.

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

- הינה הכנסה מעבודה קיימת 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 ובתכניות 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 לנתוני ועיסוקו במועד המכירה.

תאריך _____ חתימת הסוכן/ בעל הרישיון _____

3. חידוש פוליסה

אבקש לחדש את פוליסה/ות המפורטות להלן, כולל כל הכיסויים הביטוחיים שהיו בפוליסה/ות לפני הסילוק.

חידוש החל מתאריך: ____ / ____ / ____

<input checked="" type="checkbox"/> החידוש מותנה בכך שהמבוטח חי במועד החידוש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש יבוצע ללא חיתום רפואי מחדש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש יבוצע רטרואקטיבית למועד הסילוק ומחייב את המבוטח בתשלום כל הפרמיות בתוספת ריבית מיום הסילוק. <input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף אמצעי תשלום חדש.	<input type="checkbox"/> א. חידוש פוליסה שסולקה עקב אי תשלום, לפני חלוף 3 חודשים מתאריך הסילוק		
<input checked="" type="checkbox"/> החידוש מותנה בכך שהמבוטח חי במועד החידוש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש יבוצע ללא חיתום רפואי מחדש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש יבוצע רטרואקטיבית למועד הסילוק ומחייב את המבוטח בתשלום כל הפרמיות בתוספת ריבית מיום הסילוק. <input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף אמצעי תשלום חדש. <input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף צילום הפוליסה המחליפה ואישור ביטולה מהחברה המבטחת.	<input type="checkbox"/> ב. חידוש פוליסה שסולקה עקב החלפה בפוליסה אחרת, לפני חלוף 60 יום מתאריך סילוק הפוליסה באיילון		
<input checked="" type="checkbox"/> החידוש מותנה במילוי הצהרת בריאות עדכנית. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש ממועד הבקשה. <input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף אמצעי תשלום חדש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש מותנה בחיתום רפואי מחדש ואישור החברה לחידוש הפוליסה.	<input type="checkbox"/> ג. חידוש פוליסה שסולקה בהתאם לבקשת המבוטח או לאחר המועדים הנ"ל		

4. בקשה לשינוי בהפקדה החודשית השוטפת

יש לבצע את השינויים בפוליסה מספר: _____

החל מחודש: ____ / ____ / 1

עדכון הכנסה מבוטחת ל: _____ ש"ח לחודש

הגדלת הפקדה חודשית ל _____ ש"ח מהווה % _____ מההכנסה החודשית הממוצעת שלי (חובה למלא סעיף 2)

הקטנת הפקדה חודשית ל _____ ש"ח מהווה % _____ מההכנסה החודשית הממוצעת שלי (חובה למלא סעיף 2)

סילוק הפוליסה - ביטול ההפקדה חודשית וכל הכיסויים הביטוחיים בתוכנית.

לתשומת ליבך, בסילוק יבוטלו הביטוחים (באם קיימים) ויופסקו התשלומים השוטפים.

חידוש הפוליסה יתאפשר רק בתוך 3 חודשים מיום הסילוק.

בחלק מהפוליסות קיים קנס סילוק, מומלץ לבחון את הנושא עם סוכן הביטוח, בטרם סילוק הפוליסה.

לשינוי אמצעי תשלום יש לצרף טופס אמצעי תשלום עדכני.

5. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון - בחידוש פוליסה ובשינוי הפקדה חודשית

יש לצרף את השאלונים הבאים לפי צו איסור הלבנת הון בכל המקרים בהם מולאו סעיפים 3 ו-4 בטופס זה:

הכר את הלקוח (ברמת ת.ז.) - ימולא ויאושר על ידי בעל הפוליסה / מבוטח והמשלם הזר, ככל ושוניים מבעל הפוליסה.

הכר את הלקוח-ברמת פוליסה - ימולא ויאושר על ידי בעל הפוליסה / מבוטח והמשלם הזר, ככל ושוניים מבעל הפוליסה.

הכר את הלקוח-סוגבר (עפ"י דרישה).

תאריך _____ חתימת המבוטח _____

