

טופס שינויים בפוליסת ביטוח מנהלים

פרטי המבוטח						
שם פרטי	שם משפחה		ת.ז.	ת. לידה		
כתובת מגורים	עיר	רחוב	מס' בית	דירה	מיקוד	דוא"ל
שם המעסיק			ח.פ. / ע.מ.			
טלפון נייד			מאשר קבלת ההודעות ב-SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> אינני מעוניין כי תעדכו את פרטי הכתובת, נייד ודוא"ל אצלכם לפי המפורט במסמך זה. <input type="checkbox"/> ככל שלא תסומן בחירה זו, פרטיך בחברה בפוליסת ביטוח חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה.						

פרטי המשך הכיסוי הביטוחי בפוליסה						
בפוליסה מספר:		החל מתאריך: 1/ /		שכר מבוטח בפוליסה: ₪		
סוג הכיסוי	הוספה	הגדלה	הקטנה	ביטול	שכר מבוטח / ביטוח / שיעור פיצוי מבוקש לגיל*	כיסוי לגיל*
כיסוי ריסק למקרה מוות <input type="checkbox"/> סכום ביטוח כולל צבירה <input type="checkbox"/> סכום ביטוח לא כולל צבירה						
<input type="checkbox"/> דרוור 1 <input type="checkbox"/> סכום ביטוח כולל צבירה <input type="checkbox"/> סכום ביטוח לא כולל צבירה						
<input type="checkbox"/> דרוור 5						
בטכניות: <input type="checkbox"/> בשביל הכושר זהב <input type="checkbox"/> בשביל הכושר 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"/> 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%					
כיסוי אובדן כושר עבודה בטכנית: <input type="checkbox"/> חושן פיצוי ושחרור בפוליסות מ- 12/2017 ואילך	<input type="checkbox"/> מהשכר המבוטח % <input type="checkbox"/> מעסיק: פיצויים % <input type="checkbox"/> תגמולים % <input type="checkbox"/> עובד: תגמולים % <input type="checkbox"/> מהפיצוי החודשי (מוגבל ב- 33% מהפיצוי)					
	<input type="checkbox"/> מהשכר המבוטח %					
	<input type="checkbox"/> מעסיק: פיצויים % <input type="checkbox"/> תגמולים % <input type="checkbox"/> עובד: תגמולים % <input type="checkbox"/> מהפיצוי החודשי (מוגבל ב- 33% מהפיצוי)					
	<input type="checkbox"/> מהשכר המבוטח %					

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 בטכנית "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 ובישיוק פנסיוני) התשס"ה-2005, בכפוף לחוזרי רשות שוק ההון וביטוח וחסכון, 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 קיימת (אם קיימת) 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 הרחבה להעיסוק 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.

חתימת הסוכן

תאריך

2. בקשת שינויים - עדכון בפרטים אישיים
 בכל אחד מהשינויים הבאים יש 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'	זירה	עיר	מיקוד
------	-----	------	-----	-------

3. עדכון שכר ומבנה הפקדות בפוליסה
 יש לבצע את השינויים בפוליסה מספר: _____ החל מחודש שכר: _____ / _____ / 1

א. עדכון שכר מבוטח ל: _____ ₪ עדכון הצמדת השכר וההפקדות ל: _____

הגדלה הקטנה צמוד שכר צמוד מדד צמוד תוספת יוקר

ב. עדכון מבנה הפקדות בפוליסה:

ע"ח מעסיק:	<input type="checkbox"/> לפיצויים % מהשכר המבוטח <input type="checkbox"/> לתגמולים % מהשכר המבוטח <input type="checkbox"/> לא.כ.ע. % מהשכר המבוטח	ע"ח העובד:	<input type="checkbox"/> לתגמולים % מהשכר המבוטח
------------	---	------------	--

ג. עדכון תקציב לאובדן כושר עבודה:

ד. סילוק הפוליסה - ביטול הפקדות חודשיות, החל מתאריך _____ / _____ / _____

לתשומת ליבך, בסילוק יבוטלו הביטוחים (באם קיימים) ויפסקו 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.

הצהרת המבוטח:
 הנני מצהיר בזאת, שהשינויים המפורטים לעיל בשכר ובמבנה ההפקדות - מתואמים עם המעסיק.

תאריך	חתימת המבוטח
-------	--------------

4. בקשה להסבת הפוליסה לתכנית תגמולים לעצמאי בתכנית קצבה (ניתן בפוליסות מגרסה 14 והילך)
 חובה לפרט את הכיסוי הביטוחי הנדרש בפרק 1 בטופס, למקרה מוות ואבדן כושר עבודה.

רצ"ב טופס אמצעי גביה כרטיס אשראי הוראת קבע (רצ"ב טופס מאושר ע"י הבנק) חודשי ח"פ ע"ס _____ ש"ח לסעיף 47

אופן תשלום:

הגדרת תכנית	הכנסה חודשית מבוטחת צמודה למדד	שיעור הפקדה לסעיף 47	פרמיה חודשית בש"ח צמודה למדד	מההפקה השוטפת דמי ניהול	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
<input type="checkbox"/> קופת ביטוח תגמולים לעצמאי	ש"ח _____	% _____	ש"ח _____	% _____	% _____

תקציב לחושן אובדן כושר עבודה לעצמאי
 מתוך הפרמיה לסעיף 47, בכפוף לתקנות כיסויים ביטוחיים - לרכישת פיצוי שלא יפחת
 בתקציב נפרד בתוכנית נפרדת חושן SA. - יש למלא טופס הצעה חדש.

אישור המבוטח

הנני מאשר בזאת ביצוע כל השינויים המפורטים בטופס זה.

תאריך	חתימת המבוטח
-------	--------------

5. הצהרות מעסיק - שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים
 בסימון אחד מסעיפים א-ג יש לצרף חתימה וחותמת המעסיק.
במידה ולא יסומן או לא יחתם על ידי המעסיק - ברירת המחלל תהיה "לא".
 ניתן לבחור רק אחת מהאפשרויות א-ב להלן.

א	החלת הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג - 1963	<input type="checkbox"/> כן, החל מתאריך: _____ <input type="checkbox"/> על מלא ההפקדה לפיצויים <input type="checkbox"/> על הפקדה חלקית לפיצויים, בשיעור 6% מהשכר המבוטח.	הנני לאשר כי קיים בין העובד והמעסיק הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין, מתוקף הסכם עבודה ו/או מתוקף צוו הרחבה ענפי.
ב	הוספת סעיף העברת בעלות אוטומטית	<input type="checkbox"/> כן, החל מתאריך: _____	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	הוראות לעניין בחירת מסלול השקעה על מרכיב הפיצויים בפוליסה	<input type="checkbox"/> הצהרת המעסיק: הנני מאשר הפקדת מרכיב הפיצויים בכל אחד ממסלולי ההשקעה הקיימים בחברה, בהתאם לבחירת העובד.	הסכמת המעסיק נדרשת אם לא קיים הסכם לפי סעיף 14 והעובד בחר במסלול השקעה לפיצויים השונה ממסלול ברירת המחלל: "מודל תלוי גיל".
שם + שם משפחה של החותם	תפקיד	תאריך	חתימה וחותמת המעסיק

ניתן להעביר לפקס מספר 03-7569566 או טרוק בדואר אלקטרוני ל bht@ayalon-ins.co.il