

## בקשה לשינוי מסלולי השקעה בפוליסה מסוג BEST INVEST עצמאים /או שכירים

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

### 1. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר פוליסה (חובה)
כתובת: רחוב	מספר	דירה	תיבת דואר
טלפון נייד	טלפון	דוא"ל	מיקוד

### 2. בחירת מסלולי ההשקעה

אני, הח"מ, פונה ומבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ לשנות את הרכב מסלולי ההשקעה בפוליסה על שמי בהתאם לפירוט שלהלן:

גוף מנהל	מסלול השקעה	% השקעה בתגמולים	% השקעה בפיצויים
הכשרה חברה לביטוח בע"מ	מודל השקעות תלוי גיל*	%	%
	הכשרה - אג"ח ממשלת ישראל	%	%
	הכשרה - מניות	%	%
	הכשרה - שקלי טווח קצר	%	%
	הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה **	%	%
	הכשרה - מסלול לבני 60-50 **	%	%
	הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה **	%	%
	הכשרה - משולב סחיר	%	%
	הכשרה - עוקב מדדים - גמיש	%	%
	סה"כ 100%	סה"כ 100%	סה"כ 100%

\* מסלול השקעה "מודל תלוי גיל" הינו מסלול ברירת מחדל, בהעדר בחירת מסלול השקעה יושקעו הכספים במסלול זה.

\*\* מסלול שאינו ברירת מחדל. בעת בחירת מסלול זה לא תתבצע העברה בגיל המעבר למסלול השקעות תלוי גיל הבא.

1. כספי העמית ב"מודל השקעות תלוי גיל" ישויכו באופן אוטומטי, בהתאם לגיל העמית, לאחד מ- 3 המסלולים הבאים:
  - א. הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה ב, הכשרה - מסלול לבני 60-50 ג, הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה
  2. עמית אשר הגיע לגיל שקיים בו מסלול ברירת מחדל אחר המתאים לגילו, ישויך לאותו מסלול ברירת מחדל אחר ביום ( 01 ביולי או 01 בינואר) הסמוך למועד בו הגיע לגיל בו קיים מסלול ברירת מחדל אחר כאמור.

- השינוי יבוצע על הפקדות שוטפות והיתרה הצבורה בפוליסה
- במידה והנך מעוניין לקבוע מסלול השקעה שונה בין הפקדה שוטפת לבין היתרה הצבורה, אנא פרט:

### 3. הצהרות וחתימת המבוטח

ידוע לי כי השינוי בהרכב ההשקעות יתבצע בהתאם לתנאי הפוליסה וכפוף להוראות הדין

תאריך \_\_\_\_\_ שם המבוטח \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### 4. הצהרת המעסיק (בפוליסות לשכירים בלבד)

במידה וקיים שינוי בהשקעות כספי הפיצויים ממסלול ברירת מחדל כפי שצוין לעיל, אין לעמית הסכם לפי סעיף 14 /סעיף לזכאות ללא תנאי/העברת בעלות אוטומטית, נדרש אישור המעסיק (במידה ולא תתקבל חתימת המעסיק במקרה זה, לא יתאפשר ביצוע השינוי).

אני, המעסיק של המבוטח בפוליסה, מאשר את השינוי המבוקש במסלול השקעה לרכיב הפיצויים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המעסיק \_\_\_\_\_ חתימה וחתימת המעסיק \_\_\_\_\_

את הטופס המלא ניתן להעביר באמצעות פקס מס' 03-5167539 או באמצעות כתובת המייל: [scan-life@hcsra-ins.co.il](mailto:scan-life@hcsra-ins.co.il)  
כתובת דואר: המלאכה 6 חולון, ת.ד. 1877, מיקוד 5811801

