קוד מסמך 3001

הכשרה
חברה לביטוח בע"מ
יותר דיגיטלי, יותר משתלם

בקשה לשינויים בפוליסת מנהלים

מועד תחילת השינוי המבוקש
_____/_____
מועד תחילת רכישת הכיסוי או הגדלת הכיסוי הביטוחי לא יהיה מוקדם ממועד קבלת טופס הבקשה חתום במשרדי החברה.

1. פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות	מקצועי:
			עיסוק בפועל:
רחוב	מספר	ת.ד / יישוב	מיקוד
מס' טלפון נייד		דוא"ל	

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים

אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות אמצעים דיגיטליים)דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד(הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח וזאת במקום קבלתם באמצעות דואר ישראל.

כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן ☐.
לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשרות באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון 3453* ו/או באתר האינטרנט של החברה WWW.HCSRA.CO.IL
בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

2. פרטי מעסיק

שם המעסיק		מספר התאגדות	מס' טלפון:
			מס' פקס:
רחוב	מספר	ת.ד / יישוב	מיקוד
איש קשר		דוא"ל	

3. בקשה לקבלת בעלות

☐ הנני מבקש לשנות את המעסיק בפוליסה/ות מנהלים הרשומות מטה על שמי כמפורט להלן:

תחילת עבודה	תשלום פרמיה ראשונה	תאריך העברת פרמיה ראשונה	הצמדת הפקדות	אופן תשלום
_____ / _____ / _____		_____ / _____ / _____	☐ לשכר (תקבול)	☐ ממשק מעסיקים ☐ הוראת קבע ☐ העברה בנקאית

4. בקשה לשינויים בשכר והפרשות

☐ חלוקת השכר והפרשות

מספר פוליסה	שכר	אחוז לרכיב פיצויים	אחוז לרכיב תגמולי מעסיק	אחוז לרכיב תגמולי עובד	אובדן כושר עבודה קיים	
	₪	%	%	%	☐ מתוך הפרשות	☐ ע"ח מעסיק עד %_____
	₪	%	%	%	☐ מתוך הפרשות	☐ ע"ח מעסיק עד %_____
	₪	%	%	%	☐ מתוך הפרשות	☐ ע"ח מעסיק עד %_____
	₪	%	%	%	☐ מתוך הפרשות	☐ ע"ח מעסיק עד %_____

☐ **הפקדה לפיצויים בהתאם לצו הרחבה לפנסיה בפוליסות** : _____, _____, _____, _____.
לידיעתך, הפקדה לפיצויים בהתאם לצו הרחבה לפנסיה חובה מחילה באופן אוטומטי את סעיף 14 לפוליסה.

לא ניתן לבצע שינוי במרכיבי השכר במקרים הבאים:
בתוכנית מסוג מעורב, גימלא וכל החיים (קלאסיות) לא ניתן להגדיל את הפרמיה בפוליסה לרבות אחוזי הפרשות לפיצוים ותגמולים.
בפוליסות מבטיחות תשואה לא ניתן להגדיל את אחוזי ההפרשות

5. שליטה על רכיב הפיצויים (תתאפשר בחירה של אחת מהאפשרויות)

ניתן לסמן אחד מהסעיפים מטה. בהיעדר סימון וחתימת מעסיק באחת מהאפשרויות, ברירת מחדל תהיה "לא"

הסכם לפי סעיף 14	☐ כן ☐ לא	קיים בין העובד והמעביד הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצו" פיטורין התשכ"ג-1963 בהתאם לאישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצו" פיטורין. אם קיימת הצהרה לגבי תחולת סעיף 14 לחוק פיצו" פיטורין ולא הוחלט על רכישת כיסוי אבדן כושר עבודה במסגרת הצעה זו, הרי שהמועמד לביטוח והמעביד מצהירים, כי ידוע להם שבמסגרת הצעה זו הם בחרו שלא לרכוש כיסוי אבדן כושר עבודה והם פוטרים את החברה מכל אחריות בקשר לכך.
ויתור אוטומטי	☐ כן ☐ לא	המעביד מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.
זכאות בלא תנאי	☐ כן ☐ לא	לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים. המעביד מאשר כי העובד יהיה זכאי למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל ביום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעביד ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל. המעביד מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל הינה הוראה בלתי חוזרת למבטח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצו" פיטורין התשכ"ג-1963. לידיעת המעביד, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב התגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצוי הפיטורין בעת סיום עבודתו של העובד.

גרסה 04.2023

^dt3001

הכשרה
חברה לביטוח בע"מ
יותר דיגיטלי, יותר משתלם

6. כיסויים ביטוחים

למען הסר ספק, הגדלה ו/או הוספת כיסוי ביטוחי שאינו בכפוף לתנאי הפוליסה מותנית בחיתום רפואי בהתאם לנהלי החיתום בהכשרה.

☐ הנני מבקש לרכוש כיסוי ביטוחי חדש

☐ ביטוח למקרה מוות (מגן 1) - **מתוך** ההפקדה לתגמולים

מספר משכורות מבוקש _____ *

ידוע לי כי סכום הביטוח למקרה מוות יהיה צמוד למדד המחירים לצרכן, ויכלול את החיסכון המצטבר בפוליסה.
למען הסר ספק, העלות עבור הכיסוי הביטוח תגבה מתוך ההפרשות לתגמולים.
העלות המצטברת עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך רכישה מתוך ההפקדה לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנה 3 (6) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013.
במקרה שעלות הכיסויים הביטוחיים תעלה על 35% מתוך ההפרשה לרכיב התגמולים, תוקטן תחילה הכיסוי למקרה מוות ולאחר מכן הכיסוי לאובדן כושר עבודה.
תום תקופת ביטוח לכיסוי ביטוח זה תקבע לפי הביטוח היסודי.

☐ **אובדן כושר עבודה ושחרור מתשלום פרמיה (מגן להכנסה)**

☐ רכישה **מחוץ** להפקדה לתגמולים
תקציב נפרד לצורך תשלום פרמיה לאובדן כושר עבודה על חשבון המעסיק. יש לבחור באפשרות זו רק במקרים בהם תשלום המעסיק הינו לרכישת כיסוי זה בשיעור הדרוש להבטחת 75% משכרו של העובד או בשיעור של 2.5% משכרו כאמור, לפי הנמוך. במקרה שעלות הפרמיה תעלה על התקציב הנפרד, יוקטן שיעור הפיצוי החודשי בהתאם לתקציב.

☐ הסכם לאובדן כושר עבודה מפעלי בעלות של % _____ מהשכר, לתקופה של _____ שנים.

לתשומת לבך, ההסכם המפעלי עם מעסיקך נקבע לתקופה של מספר שנים כמצוין מעלה, אולם, ככל שהצטרפותך להסכם המפעלי הינה באמצע תקופת ההסכם, ייתכן ובפועל התעריף המפעלי יסתיים או יעודכן עבורך במועד מוקדם יותר. ככל שיבוצע עדכון כלשהו בתעריף לאובדן כושר עבודה תישלח אליך פוליסה עדכנית הכוללת את השינוי האמור.

☐ רכישה **מתוך** ההפקדה לתגמולים
שיעור הפיצוי יהיה קבוע לכל תקופת הביטוח וייקבע כך שהעלות המצטברת עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך ההפקדות לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנה 3 (6) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013 . בהתאם לתנאי הפוליסה, קביעת שיעור הפיצוי תעשה על בסיס הנחות היסוד הבאות: שיעור ההפקדות לתגמולים יהיה כנקוב בהצעה, תשלומים רצופים לפוליסה, גידול שכר שנתי של 2% ריבית היוון שנתית בגובה של 2.91% ככל שהנחות אלו לא יתקיימו ייתכן ששיעור הפיצוי החודשי יקטן והודעה על כך תישלח למבוטח

אחוז הפיצוי מהשכר_____
(עד 75% מהשכר)

אובדן כושר עבודה ושחרור מתשלום פרמיה (מגן להכנסה) הרחבות לכיסוי

הרחבות לכיסוי בסיס	הערות
☑ אובדן כושר עבודה חלקי	
☐ הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)	מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה
☐ פרנצ'יזה	לא ניתן לרכוש יחד עם קיצור תקופת המתנה
☐ קיצור תקופת המתנה 1 חודש	לא ניתן לרכוש יחד עם פרנצ'יזה מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה
הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה ☐ 1% ☐ 2%	יש לסמן אחת מהאפשרויות
☐ הגדלת גג חתם	
☐ תשלום נוסף במקרה סיעודי	
☐ ביטול קיזוז מגורם ממשלתי	

* בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% מממוצע השכר המבוטח ב- 12 החודשים או ב- 3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

** הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים, לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי . דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תחשיבית של 2.5%

כיסויים ביטוחיים לרכישה מתוך ההפקדה לתגמולים

1. ידוע לי כי שיעור הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה יחושב וייקבע לאורך כל תקופת הביטוח במועד רכישתהכיסוי מתוך התגמולים על בסיס ההנחות הקבועות בתנאי הפוליסה. שיעור הכיסוי עלול לקטון בשל אי התממשות ההנחות הקבועות בתנאי הפוליסה.
2. העלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים הנרכשים מתוך התגמולים עבור תקופת הביטוח של הפוליסה עד לכל אחד ממועד תשלומי דמי הביטוח, לא תעלה על 35% מסך ההפקדות למרכיב התגמולים שמופקדים על ידי ועל ידי המעסיק עד לאותו מועד)"התקרה"(והכל בהתאם להסדר התחקירתי כפי שיקבע מעת לעת ולתנאי הפוליסה.

כיסויים ביטוחיים לרכישה מעל ההפקדה לתגמולים:
ככל שהכיסוי לאובדן כושר עבודה יירכש בתקציב נפרד על חשבון המעסיק, מעל ההפקדה לתגמולים, כפי שהוגדר בסעיף 6 לעיל, ידוע לי כי ככל שהתקציב לכיסוי לאובדן כושר עבודה, על חשבון המעסיק לא יכסה את עלות הכיסוי החודשי לאובדן כושר עבודה, יירכש עבורי כיסוי ביטוחי מוקטן מהמבוקש בגין אובדן כושר עבודה.

☐ הנני מבקש לשנות הכיסויים הביטוחים בפוליסה שברשותי כמפורט להלן:

סוג הכיסוי	מהות השינוי: הקטנה לסכום ביטוח	מהות השינוי: הגדלה לסכום ביטוח	מהות השינוי: ביטול מלא	הערות
☐ ריסק 1	_____ ₪	_____ ₪	☐	לידיעתך, פיצוי לאובדן כושר עבודה לא יעלה על 75% מהמשכורת המבוטחת בכל התוכנית. הקטנת שכר עלולה להקטין את הכיסוי הביטוחי שברשותך. עלות הכיסויים הביטוחיים תגוכה מתוך תוכניות הביטוח באופן יחסי לפי הפרמיה בכל אחת מהתוכניות. אם הפרמיה לביטוח במרה מוות א.כ.ע. תחרוג מתקרת 35% מהפרמיה, נא ציין את העדיפות הראשונה (אחת בלבד), מתוך האפשרויות שלהלן: אני מעוניין בעדיפות ראשונה: ☐ הבטחת סכום הביטוח למקרה מוות ☐ הבטחת סכום פיצוי למקרה א.כ.ע. ☐ הקטנת הסכומים למוות וא.כ.ע באופן יחסי
☐ ריסק 5	_____ ₪	_____ ₪	☐	
☐ מגן לעתיד	_____ ₪	_____ ₪	☐	
☐ אחר _____	_____ ₪	_____ ₪	☐	
אובדן כושר עבודה לפני 2017 ☐ פרנצ'יזה ☐ מורחב ☐ תקופת המתנה ☐ 1 חודש ☐ 2 חודשים ☐ 3 חודש ☐ 6 חודשים **שים לב:** **לא ניתן לרכוש פרנצ'יזה לתקופת המתנה של 1 או 2 חודשי המתנה**	_____ ₪	_____ ₪	☐	
☐ **אובדן כושר עבודה ושחרור מתשלום פרמיה (מגן להכנסה)** ☑ אובדן כושר עבודה חלקי ☐ הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית) ☐ פרנצ'יזה ☐ קיצור תקופת המתנה 1 חודש ☐ הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה ☐ 1% ☐ 2% ☐ הגדלת גג חתם ☐ תשלום נוסף במקרה סיעודי ☐ ביטול קיזוז מגורם ממשלתי	_____ ₪	_____ ₪	☐	

גרסה 04.2023

הכשרה
חברה לביטוח בע"מ
יותר דיגיטלי, יותר משתלם

7. הצהרת בעל הרישיון לעניין כיסוי ביטוחי קיים על הכנסות מעבודה והתאמת הכיסוי הביטוחי למבוטח

הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה, כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוטח בקרן פנסיה ו/או הכנסה שאינה מבוטחת בחברת ביטוח בשיעור של 75%במידה ורכשתי עבור המבוטח הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פירטתי בפני המבוטח אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם יופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ירכוש את ההרחבה.

תאריך:_____ **שם בעל הרישיון:** _____ **חתימת בעל הרשיון:** ✗_____

8. הצהרת המבוטח

הריני מצהיר/ה ומתחייב בזאת כי תשובותיי על כל השאלות הן נכונות ומלאות ולא החסרתי או העלמתי מידע, הוסבר לי שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך הואיל והכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן "הכשרה") נסמכת על תשובותיי.

הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בטופס שינויים זה ניתן מרצוני ובהסכמתי.

הסכמה למסירת פרטים למעסיק:

אני מסכים כי נתונים ומידע אודות דמי הביטוח ששולמו על ידי המעסיק וכן על ידי וכן מידע לגבי החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים וכל מידע שעל פי ההסדר התחיקתי המעסיק זכאי לקבלו, יהיה זכאי המעסיק לקבלו והכשרה תהיה רשאית למסור לו מידע כאמור.

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה:

אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי המצוהרת הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. בנוסף ככל שנרכשה עבורי הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פורטו בפניי אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם אופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ארכוש את ההרחבה.

9. הערות נוספות

_____	✗_____	✗_____
תאריך	**חתימת המבוטח**	**חתימת וחותמת המעסיק**

גרסה 04.2023