

תאריך											

לכבוד

חברה לביטוח בע"מ

א.נ.,

הנדון: חישוב הכנסה לעניין אובדן כושר עבודה בפוליסות לבעלי שליטה ושותפים בחברה

מוצג מוסכם בזה, כי תסכימו לראות בדיבידנדים המשולמים לי וכן בחלקי היחסי ברווחים הלא מחולקים של החברה או השותפות שבשליטתי (להלן: "החברה") כהכנסה לצורך חישוב היקף השתכרותי בפועל (לפי שעור ההחזקה המשותפת) במקרה של _____ (שם החברה)

אובדן כושר עבודה, בכפוף לעמידה בכל התנאים הבאים בלבד:

- הנני בעל שליטה יחיד בחברה או שותף בעל _____ אחוז בשותפות ו/או שותף המנהל את ספריו כבעל חברת יחיד.
 - הדיבידנדים/ הרווחים שיווצרו לאחר האירוע שגרם לאכ"ע, לא ישולמו לי במקרה שאהיה באובדן כושר עבודה כהגדרתו בפוליסה.
 - במידה ואקבל רווחים/ דיבידנדים חדשים, שמקורם לאחר קרות אירוע אי כושר העבודה, ינכזו תשלומי יתר הרווחים ו/או הדיבידנדים מתשלום פיצוי אי כושר העבודה המגיע לי.
 - למטרת חישוב ההכנסה יילקח בחשבון ממוצע ההכנסות של שנתיים אחרונות, (במקרה של סטייה של יותר מ - 50% בהכנסות של שנה מסויימת מתוך השנתיים, לא יעשה חישוב ממוצע של שנתיים וכל מקרה ידון לגופו). לשותפים יחושב הסכום על פי החלק היחסי בשותפות.
 - לא יעשה חישוב ולא יילקחו בחשבון דיבידנדים / רווחים שטרם נוצרו לחישוב ההכנסה.
 - לא יעשה שימוש ולא יילקחו בחשבון הכנסות קודמות ממקור אחר משנים קודמות.
- להסרת ספק, ידוע לי כי לצורך חישוב הכנסתי כאמור לעיל תילקחנה בחשבון הכנסות הנובעות מעבודתי הישירה (אשר לו היו מתקבלות באופן ישיר בידי היו נחשבות כהכנסות משכר עבודה בהתאם לסעיף 2.2) לפקודת מס הכנסה ואין נובעות מהכנסות פסיביות או שאינן נובעות מעבודתי, לחברה שבשליטתי.

עוד מובהר בזה כי רווחים כאמור יחושבו על בסיס שנת המס שבה יצברו, וזאת לאחר קיזוז ההפסדים, אם היו, בגין אותה שנת מס.

בכבוד רב ,

שם: _____

מס' ת.ז.: _____

תאריך: _____