

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

בקשת בעל שליטה - חישוב הכנסה לאובדן כושר עבודה

טופס מספר **556**

לכבוד:

מגדל חברה לביטוח בע"מ

א. פרטי המועמד לביטוח - בעל השליטה			
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שיעור האחזקה

ב. אבקשכם כי תסכימו לכלול את ההגדרה להלן בפוליסה / הצעה שברשותי
<p>פסקה - 1918</p> <p>מוסכם ומוצהר בזה כי למרות האמור בתנאי הנספח לאובדן כושר עבודה המצורף לפוליסה, חישוב הכנסת המבוטח, לצורך תשלום פיצוי חודשי במקרה של אובדן כושר עבודה, תכלול את משכורתו של בעל השליטה ובנוסף החלק היחסי אשר שולם לו על ידי החברה מן הרווח השנתי של החברה לפני מס, על פי מאזני החברה המבוקרים על ידי רואה החשבון. למטרת חישוב ההכנסה ילקח בחשבון ממוצע ההכנסות בתקופה הקצרה מבין 36 חודש שקדמו לאירוע שגרם לאי כושר של המבוטח, או ממועד תחילת עבודתו בחברה.</p> <p>למען הסר ספק, מובהר בזה כי הרווח המבוטח הנובע מהכנסות החברה הינו רווח שמקורו מיגיעה אישית של המבוטח ולא יכלול רווח מהכנסות פאסיביות אחרות כגון ריבית, שכר דירה, וכו'. הרווחים כאמור, יחושבו על בסיס שנת המס שבה יצברו, וזאת לאחר קיזוז ההפסדים אם יהיו, בגין אותה שנת מס.</p>

ג. פרטים על הכנסות המועמד לביטוח - בעל בשליטה
<p>הנני מצהיר כי:</p> <ul style="list-style-type: none"> משכרתי השנתית הממוצעת ל 3 שנים אחרונות: ₪ _____ רווח שנתי של החברה לפני מס, כהגדרתו לעיל (ממוצע 3 שנים אחרונות): ₪ _____ חלקי היחסי ברווח לעיל: ₪ _____

לתשומת ליבך!

במידה והחברה תפנה למבטח משנה בגין ביטוח זה, תיבחן הבקשה בכפוף לדרישות מבטח המשנה, להסכמת החברה ועל פי התנאים שייקבעו.

ד. חתימות			
מספר זהות	שם המבוטח (משפחה ופרטי)	תאריך	חתימה
			★
מספר ח"פ	שם החברה	תאריך	חתימה
			★

