



**בקשה לשינויים ביטוחיים
וכיסויים נוספים
בפוליסת מנהלים**

שם בעל הרישוי:
מספר בעל הרישוי:
חותמת חברה

שנה	חודש
-----	------

תאריך תחילת השינויים החל מ:

א. פרטי המבוטח

שם המבוטח:	מספר זהות: מס' _____
כתובת: רח' מס' בית מס' דירה כניסה עיר מיקוד ת.ד.	טלפון נייד: _____
דואר אלקטרוני:	מס' טלפון: _____

ב. פרטי מעביד נוכחי

שם המעביד:	מספר זהות/ח"פ/ח"צ: מס' _____
כתובת: רח' מס' בית מס' דירה כניסה עיר מיקוד ת.ד.	מס' טלפון: _____ מס' פקס: _____

ג. פוליסה/ות בהן יש לערוך את השינויים הנ"ל:

בכל פוליסות המנהלים בהן מעודכן המעסיק הנ"ל

בפוליסות מספר: _____, _____, _____, _____

ד. חלוקת שכר והפקדות:

- ניתן לבצע שינוי במרכיבי השכר למעט המקרים הבאים:
- בתוכניות מסוג מעורב, גמלה וכל החיים (פוליסות קלאסיות), לא ניתן להגדיל את הפרמיה הכוללת לרכיבי הפיצויים/תגמולי מעביד/תגמולי עובד (כולל סעיף 47) מעבר לפרמיה הנוכחית של הפוליסה.
 - בפוליסות הבאות לא ניתן להגדיל את אחוזי ההפרשה הכוללים לרכיבי הפיצויים/תגמולי מעביד/תגמולי עובד (כולל סעיף 47) מעבר לאחוזי ההפרשה הקיימים בפוליסה: פוליסות עדיף מבטיחות תשואה, פוליסות עדיף/מרב עם מקדמי קצבה מובטחים, פוליסות ניווד 2013 עם מקדמי קצבה מובטחים למבוטחים מתחת לגיל 60.

מספר פוליסה	סוג פוליסה קלאסי/סטטוס/ עדיף/מרב	שכר לפוליסה	מרכיבי הפיצויים	מרכיבי תגמולי מעביד	מרכיבי תגמולי עובד	אובדן כושר עבודה	
						ע"ח מעביד	מתוך ההפקדות
			%	%	%	עד %	
			%	%	%	עד %	
			%	%	%	עד %	
			%	%	%	עד %	

ה. הצמדת השכר (רלוונטי לפוליסות עדיף/מרב/סטטוס):

צמוד שכר צמוד מדד

ו. הקטנת/ביטול כיסויים:

ניתן לרכוש כיסויים אלו עד 35% מההפקדה לתגמולים בניכוי דמי ניהול מההפקדה. תקופת הביטוח זהה לתקופת הביטוח של הפוליסה.

שינוי מקור תקציב		ביטול הכיסוי במלואו <input type="checkbox"/>	הקטנה לסכום ביטוח בסך <input type="checkbox"/>	הביטוח/הכיסוי בו יחול השינוי
מתוך ההפקדות	ע"ח מעביד			
				<input type="checkbox"/> ריסק 1
				<input type="checkbox"/> ריסק 5
	עד _____	האם להשאיר כיסוי שחרור פרמיות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה (כולל שחרור)
				<input type="checkbox"/> שחרור פרמיות (במקרה של א.כ.ע.)

גא"פ

<p>הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת אובדן כושר עבודה: (יש למלא רק במידה שקיימת בחברתנו פוליסת אובדן כושר עבודה הכוללת פיצוי) <input type="radio"/> הריני מאשר כי ידוע לי שהנני מבטוח לביטוח אובדן כושר עבודה בחברתכם, והצעה זו מהווה ביטוח לרובד שכר נוסף על רובד השכר המבטוח בחברה.</p> <p>תאריך: _____ חתימת המבוטח X _____</p>	<p><input type="radio"/> אובדן כושר עבודה - טופ לעתיד - בפרמיה משתנה * שיעור פיצוי חודשי משכר _____% (ככל שלא ימולא שיעור הפיצוי יהיה 75%). שיעור הפיצוי וסכום הפיצוי במהלך תקופת הביטוח יהיו בהתאם למפורט בטבלת התפתחות שיעור הפיצוי שצורפה להצעת הביטוח.</p> <p>הרחבות לאובדן כושר עבודה</p> <p><input type="radio"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) <input type="radio"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. <input type="radio"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה). (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה). <input type="radio"/> ביטול קיצוז ביטוח לאומי (גמלת תאונות עבודה). <input type="radio"/> הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים <input type="radio"/> הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי <input type="radio"/> 1% לשנה <input type="radio"/> 2% לשנה <input type="radio"/> הגדלת תקרת גג חתם <input type="radio"/> 20% <input type="radio"/> 25%</p> <p>* לפי גיל תום תקופת הביטוח של תכנית הביטוח היסודית, ולא יותר מגיל 67. ** המוצר ניתן לרכישה רק במידה שלא נרכש כיסוי אובדן כושר עבודה.</p>
--	---

הצהרות בעל רישיון

1. הצהרה לעניין כיסוי ביטוח קיים - אני מצהיר בזה כי ביצעתי את כל החובות המוטלים עליי על פי חוזר שיווק תוכנית לביטוח מפני אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 2018-1-8 או כל חוזר אחר שיחליפון) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלקה הפנסיונית והנני מצהיר כי נכון למועד חתימת ההצעה, הכיסוי הנרכש בהצעה זו הינו לכיסוי רובד שכר שלא מבטוח בחברת ביטוח בשיעור של 75% ושאינו מבטוח בקרן פנסיה.

2. הגדרת עיסוק ספציפי * - פרטתי למבוטח את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ואת העיסוקים שאליהם בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד זה, יופנה אם לא ירכוש את ההרחבה.

* במידה ונרכשה הגדרה עיסוקית

תאריך: _____ **חתימת בעל הרישיון** X _____

• ידוע לי שהקטנת/ביטול סכומי ביטוח הפוגעת בכיסוי הביטוחי וכל הגדלה בעתיד תהיה עפ"י תנאי החברה הנהוגים באותה העת.

ח. שינוי מסלול ביטוח בפוליסות עדיף/מרב:

<p><input type="radio"/> מספר משכורות _____</p> <p><input type="radio"/> אחוז נוסף לחסכון _____% (מקסימום 95% חסכון נוסף)</p>	<p><input type="radio"/> מסלול יסודי</p> <p><input type="radio"/> סכום ביטוח קבוע ע"ס _____ ₪</p>
---	---

• בפוליסות הבאות לא ניתן להגדיל את אחוזי ההפרשה הכוללים לרכיב הפיצויים/תגמולי מעביד/תגמולי עובד (כולל סעיף 47) מעבר לאחוזי ההפרשה הקיימים בפוליסה: פוליסות מבטיחות תשואה, פוליסות עם מקדמי קצבה מבטחים.

לתשומת לב:

1. יתכן והגדלת שכר המבוטח תחייב הוכחת מצב בריאות.
2. הקטנת שכר עלולה להקטין את הכיסוי הביטוחי.
3. כל התנאים הקיימים בפוליסה שלא שונו במפורש במסגרת הסעיפים שלהלן, יוותרו על כנם.
4. בקשה לשינוי מסלולי השקעה תמולא בטופס ייעודי - "טופס שינוי מסלולי השקעה בפוליסת מנהלים".
5. בקשה לשינוי שם פרטי/משפחה, תאריך לידה, מספר זהות, כתובת, מקצוע, מוטבים, תדירות תשלום, אמצעי גביה - תמולא בטופס ייעודי "בקשה לשינויים כלליים".
6. בקשה למינוי סוכן תמולא בטופס ייעודי - "כתב מינוי סוכן".
7. בקשה לדילוג על חוב תמולא בטופס ייעודי - "בקשה לדילוג בפוליסת מנהלים בפיגור תשלומים".

הצהרת המבוטח

הריני מצהיר/ה כי תשובתיי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מידע, הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביודעין או בכוונה מקנות למנורה מבטחים ביטוח בע"מ את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח.
 הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה לצירופי וטיפול בכל ענייני אצל המבטח. הריני מסכים/ה כי המידע יימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

תאריך	שם המבוטח	ת.ז.	חתימה: X
-------	-----------	------	-------------

חתימת המבוטח