

בקשה לשינויים ביטוחיים בפוליסות מנהלים

החל מיום ____ / ____ / 1



6 0 1 0 4 0 0 5 0 1 1 9 9 9 1 0
חותמת החברה
תאריך הקבלה בחוליה

שם בעל הפוליסה _____ שם הסוכן _____
המבוטח הראשי - שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____

נא לערוך את השינויים באורך זהה לכל הפוליסות הנקובות מטה:

פוליסה	סב	פוליסה	סב	פוליסה	סב	פוליסה	סב

- נא לבצע את השינויים הבאים על פי הפירוט בגוף הטופס: (סמן X)
1. חידוש
2. דילוג
3. הוספת/הגדלת/ביטול/הקטנת כיסוי
4. מסלול עדיף
5. שינויים בשכר / הפרשות / סטטוס מבוטח
6. הצמדת הפרשות עדיף
7. דרך תשלום

כל הסכומים בטופס זה נקובים לפי:
 מדד יסודי בפוליסה המדד הידוע ביום _____ חודש _____ שנה _____ מדד _____ נקודות.

שים לב! רוב השינויים המצוייני מטה דורשים הצהרת בריאות מצ"ב הצהרת בריאות

1. **חידוש** מצ"ב הצהרת בריאות
נא לחדש את הפוליסה/ות הנ"ל
 ללא כל שינוי בהתאם למצוין בטופס זה
2. **דילוג** עד שנה (אין ערכי פידיון לתקופת הדילוג)
 לחיסול החוב במלואו לחיסול החוב בגין מעסיק קודם
 לדלג על _____ חודשים

4. **מסלול עדיף**
 יסודי סכום ביטוח קבוע לפי _____ משכורות
 חסכון נוסף ב - % _____
 סכום ביטוח קבוע בסך _____ ש"ח

5. **שינויים בשכר/בהפרשות/סטטוס המבוטח**
השכר החודשי הכולל לביטוח הינו בסך _____ ש"ח
מס' משכורות בשנה _____
נא לשנות ל: מנהלים שכירים בעלי שליטה

הפרשות	% ע"י מעסיק	% ע"י עובד
פיצויים		
תגמולים		
תגמולים סעיף 47		
שלב		
שונות		
אופן מימון	גורם פוליסה	ריבית תת שנתית
מתוך ההפרשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מחוץ מעביד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מחוץ עובד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מחוץ באופן יחסי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. הביטוח / הכיסוי מבוטח ראשי	ס. הביטוח הכולל לאחר השינוי	מסכום ביטוח יסודי	ביטול סמן X	ציין % הפרשה או X		
				מתוך	מחוץ מעסיק	מחוץ עובד
רצף הכנסה ל _____ שנים						
ריסק/מגן 5 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>						
מוות מתאונה						
נכות מתאונה						
שלב 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/>						
ויתור 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/>						
קטלניות 5 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>						
מבוטח שני						
צמד 5 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>						
שלב 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/>						
ויתור 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/>						

הערות:

6. **הצמדת הפרשות עדיף**
 לשכר למדד
 לתוספת יוקר עד תיקרה
 לתוספת יוקר ללא תיקרה
7. **דרך תשלום**
 בנק (רצ"ב הוראת קבע חדשה)
 הודעת תשלום
 נא לגבות את הפוליסות הנקובות לעיל מהוראת הקבע הקיימת בפוליסה מס' _____

היננו מאשרים בזאת את בקשתנו לביצוע השינויים המצויינים לעיל:
הצהרת הסוכן: הינני מאשר כי שאלתי את החתומים מטה את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות שנירשמו הן כפי שנימסרו לי אישית ע"י בעל הפוליסה והמבוטח/ים.



6 0 1 0 4 0 0 5 0 2 1 9 9 9 1 0

הצהרת המבקש / המועמד לביטוח:

אני/ו החתום/ים מעבר לדף המועמד/ים לביטוח ו/או לבעלות על הפוליסה מבקש/ים בזה מהמבטח לבטח את חיי/חיייהם של המועמד/ים לביטוח לפי הרשום בטופס זה מעבר לדף (להלן: "הצעה").
אני/ו מצהיר/ים בזה כי:

- א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות.
- ב. כל התשובות במפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר למבטח וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/ביננו לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/נו זו מתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי לדחות את ההצעה ללא מתן הסבר כלשהו להחלטתו.
- ד. ידוע לי/נו שהשינויים יכנסו לתוקף בתאריך התחולה הנקוב בטופס בתנאי שהבקשה תתקבל במשרדי המבטח ותאושר לפני התאריך הנ"ל. נתקבלה הבקשה במשרדי החברה לאחר התאריך הנ"ל, יכנסו השינויים לתוקף אך ורק לאחר הבקשה ואישור המבטח בכתב על כניסתה לתוקף.

תוספת להצהרת המועמד לביטוח במקרה של ביטוח אי - כושר עבודה:

אני/ו החתום/ים מעבר לדף הרשום/ים בבקשה זו כמועמד/ים לביטוח חיים מסכים/ים בזה שחיי/נו יבוטחו בתנאים ובהתאם לאמור לעיל.
אני/ו מצהיר/ים בזה כי הפיצויים המבוקשים לפי ביטוח אי - כושר עבודה, במידה וייעשה ביטוח נוסף זה, יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים ע"י פוליסת אחרות מסוג זה בכל חברות הביטוח אינם עולים על 75% מהכנסתי/נו החודשית הממוצעת בשנה האחרונה.

הצהרה לביטוח ניתוחיים:

ידוע לי כי לפוליסה זו תקופת אכשרה של 90 יום מיום תחילת הביטוח, או מיום שחודשה ע"י בעל הפוליסה לאחר שבוטלה, אולם במקרים של הפלות וניתוחים הקשורים בלידה תהא תקופת אכשרה של 365 ימים, ולהפריית מבחנה ובדיקות הקשורות בה תהא תקופת אכשרה של שנתיים מיום תחילת הביטוח. הובהרו לי תנאי הביטוח ובמיוחד החריגים וידוע לי כי החברה לא תהא אחראית ולא תשלם על פי ביטוח זה כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין ו/או הנובעת ממצב בריאות, תופעה או מולד, או תוצאות ממחלה או תאונה שהיא ידוע לי או לבני משפחתי או לרופאי, על קיומם אצלי, לפני מועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת האכשרה.
מבלי לפגוע בכלליית הצהרתי דלעיל, אני מצהיר כי, ידוע לי שהחברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין ו/או הנובעת ממחלה או ליקוי גופני אחר שפורטו בהצהרותי על מצב בריאותי.
הצהרה זו חלה על כל המועמדים לביטוח על פי הצעה זו, לרבות הילדים שצורפו להצעה.