

## בקשה לשינויים בכיסויים הביטוחיים בפוליסות מנהלים (הוספה / הגדלה / הקטנה / ביטול)

### א. פרטי המבוטח

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	המקצוע / העיסוק
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס
האם אתה מעשן או שעישנת כ-3 השנים האחרונות?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או באורח חייך?	יש לך תחביב מסוכן לדוג' צלילה, טיסה דאזיה וכד'?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
האם נדחתה או נתקבלה בתנאים חריגים הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם אתה בעל רשיון טיס או איש צוות אויר או האם בדעתך ללמוד טיס בבשנת החודשים הקרובים?	האם אתה שוהה בחו"ל לצורכי עבודה, לתקופה של יותר מחודשיים?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

### ב. פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר החברה (ח"פ) ובהיעדר ח"פ - עוסק מורשה	מספר תיק ניכויים	מספר מעסיק ב"כלל"
שם איש הקשר	מספר הטלפון של איש הקשר	דוא"ל	
הכתובת של המעסיק			

אני פונה אליכם בבקשה להוסיף את הביטוחים הנוספים לפי המדד בתאריך הבקשה והפירוט שלהלן. יש להעביר מסמכי הוכחת מצב בריאות על-פי סך-כל סכומי הביטוח - הקיימים והנוספים וכן שאלון החלפה והשוואה, אם נדרש.

### ג. (קוד פנימי 65) הוספה ו/או הגדלה של כיסוי

מטחן הפרשות (סמן ✓)	מטחן הפרשות (סמן ✓)	סוג הכיסוי	הפוליסה שאפשר להוסיף	סכום הכיסוי בש"ח
על חשבון המעסיק	על חשבון העובד	ביטוח חיים צמוד פרמיה משתנה כל שנה כולל הצבירה (רק לראשי)	פרופיל הדור החדש	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ספיר פרמיה משתנה מדי שנים	קלאסי / עדיף	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח אובדן כושר עבודה הוספת כיסויים מפוליסות שהופקו מ-1 באפריל 2007 ואילך - תום תקופת הכיסוי חייב להיות זהה לתום תקופת הפוליסה למלא אם מבוקש פיצוי לאובדן כושר עבודה	<input type="checkbox"/> ביטוח הכנסה <input type="checkbox"/> ביטוח הכנסה - עיסוקי עלות כיסוי ביטוחי משתנה כל שנה <b>חובה לפרט!</b> <input type="checkbox"/> שחרור בלבד תקופת המתנה 1 ח' 3 ח' 6 ח' הרחבות לכיסוי אכ"ע פיצוי ו/או שחרור <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/> פרנציזיה (לא ניתן לרכוש אם תקי המתנה היא 1 ח') <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז בטל"א מפיצוי חודשי (לא חל על פיצוי חודשי מורחב)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	השתכרות בחודש האחרון	סכום הפיצוי החודשי	% משכר _____ ש"ח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן פנסיה) לפניו אתה זכאי לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אובדן כושר עבודה?		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סכום הפיצויים _____ ש"ח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	משלים לפנסיה נכות - עד גיל 65, תקופת המתנה של 3 חודשים. אפשר להוסיף רק בפוליסה בה נרכש כיסוי פיצוי ו/או שחרור באובדן כושר עבודה מסוג "ביטוח הכנסה - עיסוקי" שהוא כביטוח יסודי בלבד		סכום הביטוח בש"ח _____ המבוטח הוא עמית בקרן הפנסיה _____

סכום הכיסוי הביטוחי כפוף למגבלת קניית כיסויים ביטוחיים מתוך הפרשות לקופת-גמל. אם הכיסויים יעלו על המגבלות הם יוקטנו באופן יחסי. רכישת כיסוי מעל הפרשות על-חשבון עובד או מעסיק: בפוליסה מסוג פרופיל יירכשו הכיסויים בפוליסה נפרדת. אם רכישת הכיסוי היא על חשבון המבוטח - מלא הוראת קבע או פרטי כרטיס אשראי.

### ד. (קוד פנימי 60) ביטול ו/או הקטנה של כיסוי

סוג הכיסוי \_\_\_\_\_ ביטול  \_\_\_\_\_ ביטול

סוג הכיסוי \_\_\_\_\_ ביטול  \_\_\_\_\_ ביטול

ייתכן וביטול כיסוי מתוך ההפרשות יצריך הוצאת פוליסה נוספת.

### ה. הצהרת המועמדים לבעלות על הפוליסה ולביטוח

א. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה שמואלו על-ידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. התשובות המפורטות בהצעה וכן מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לענין זה, ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.

ב. אני/מאשר/ים מסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת/ינו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. כמו-כן קבלת סכום כלשהו על-ידי המבטח, בקשר עם הצעה זו, לא תיחשב לאישור ההצעה על ידו או כהסכמתו לכריתת חוזה הביטוח.

ג. בכיטוח משלים לפנסיה נכות בלבד - ידוע לי/נו כי בעת עריכת הצעה זו הייתי/נו עמיתים בקרן הפנסיה כרשום בהצעה. ד. אני/מאשר/ים בזה, שגובה הפיצוי המבוקש יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים בחברת ביטוח אחרת ו/או קרן פנסיה, אינו עולה על 75% מהכנסתי/נו ומתחייבים להודיע לחברה על כל מקרה של שינוי במקצוע/ינו או בעיסוק/ינו או בתחביב/נו.

חתימת המבוטח

חתימת המעסיק וחתימת

ולראיה באת/נו על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ שם המעסיק \_\_\_\_\_ תפקידו \_\_\_\_\_