

בקשה להסדר ריסק זמני ושמירת זכויות בפוליסות פנסיוניות

מבוטח/ת יקר/ה, ריסק זמני מאפשר לך לשמור על זכויותיך בגין הכיסויים הביטוחיים וזאת באמצעות תשלום פרמיה חלקית עבור הכיסוי הביטוחי בלבד. בתום הסדר הריסק הזמני על בעל הפוליסה לשלוח לחברה הנחיות בכתב להמשיך הפוליסה.

א. פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר פוליסה
רחוב	מס' בית	מס' דירה	מיקוד
מספר טלפון נייד	מספר טלפון נייד	דוא"ל	

ב. הנחיות מבוטח	
1. הסדר ריסק זמני מתאריך: ____/____/____ עד תאריך ____/____/____ תקופת ריסק זמני המקסימלית בפוליסה הינה ל- 24 חודשים או תקופת הביטוח הרצופה האחרונה (שבה שולמה הפרמיה במלואה), הנמוך מבין השניים.	
☐ שמירת כיסוי ביטוחי ללא שינוי ☐ הקטנת סכום ביטוח: ☐ ריסק - הקטנת סכום ביטוחי ל: _____ ☐ א.כ.ע - הקטנת סכום ביטוחי ל: _____ ☐ חיוב מתוך התגמולים.	

2. העברת פוליסה למעסיק חדש ☐ יש לצרף מסמכי קבלת בעלות על ידי מעסיק חדש. את הטופס אפשר להוריד באתר החברה www.hcsra.co.il או לפנות לסוכן הביטוח.
--

3. העברת הפוליסה לבעלות בתוכנית תגמולים לעצמאים יש לצרף ת"ז ובמקרה של ת"ז ביומטריה, יש לצרף צילום של שני צידי התעודה. יש למלא שאלון "הכר את הלקוח" ו" הצהרה לפי צו הלבנת הון". אפשר להוריד את הטופס באתר החברה www.hcsra.co.il . ניתן יהיה לשנות את הפוליסה לפוליסת ביטוח מנהלים בעתיד. לתשומת לבך כי הכספים שיופקדו בפוליסה החל ממועד זה הם כספים המיועדים לקצבה.

פרטים לגבי תקופת הביטוח וההפקדות לפוליסה	
מתאריך (חובה לציין): ____/____/____	גובה תשלום ההפקדה החודשית השוטפת: ש.____
תקופת הביטוח: עד לגיל תום ____ (ניתן 60-67)	הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן. ישולם בהוראת קבע לבנק, יש למלא טופס בהתאם.

לידיעתך, בהתאם למדיניות החברה, לא תתאפשר העברה לפוליסה של כספים שמקורם מחוץ לישראל ו/או מקורם במטבעות וירטואליים. כספים שיועברו לחשבון החברה בניגוד לאמור, יושבו למשלם נומינלית.

כיסויים ביטוחיים למען הסק ספק, הגדלת כיסוי ביטוחי שאינו בכפוף לתנאי הפוליסה מותנית בחיתום רפואי בהתאם לנהלי החיתום בהכשרה.
--

☐ הנני מבקש לשנות הכיסויים הביטוחיים בפוליסה שברשותי כמפורט להלן:
--

סוג הכיסוי	מהות השינוי			הערות
	הקטנה לסכום ביטוח	הגדלה לסכום ביטוח	ביטול מלא	
☐ ריסק 1	ש. _____	ש. _____	☐	לידיעתך, פיצוי לאובדן כושר עבודה לא יעלה על 75% מהמשכורת המבוטחת בכל התוכנית. הקטנת שכר עלולה להקטין את הכיסוי הביטוחי שברשותך. עלות הכיסויים הביטוחיים תנוכה מתוך תוכניות הביטוח באופן יחסי לפי הפרמיה בכל אחת מהתוכניות. אם הפרמיה לביטוח במרה מוות א.כ.ע. תחרוג מתקרת 35% מהפרמיה, נא ציין את העדיפות הראשונה (אחת בלבד), מתוך האפשרויות שלהלן: אני מעוניין בעדיפות ראשונה: ☐ הבטחת סכום הביטוח למקרה מוות ☐ הבטחת סכום פיצוי למקרה א.כ.ע. ☐ הקטנת הסכומים למוות וא.כ.ע. באופן יחסי
☐ ריסק 5	ש. _____	ש. _____	☐	
☐ מגן לעתיד	ש. _____	ש. _____	☐	
☐ אחר	ש. _____	ש. _____	☐	
אובדן כושר עבודה לפני 2017 ☐ פרנצ'יז ☐ מורחב ☐ תקופת המתנה ☐ 1 חודש ☐ 2 חודשים ☐ 3 חודש ☐ 6 חודשים שים לב: לא ניתן לרכוש פרנצ'יז לתקופת המתנה של 1 או 2 חודשי המתנה	ש. _____	ש. _____	☐	אובדן כושר עבודה ושחרור מתשלום פרמיה (מגן להכנסה) ☐ אובדן כושר עבודה חלקי ☐ הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית) פרנצ'יז ☐ קיצור תקופת המתנה 1 חודש ☐ הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה ☐ 1% ☐ 2% ☐ הגדלת גג חתם ☐ תשלום נוסף במקרה סיעודי ☐ ביטול קיזוז מגורם ממשלתי
☐	ש. _____	ש. _____	☐	
☐	ש. _____	ש. _____	☐	
☐	ש. _____	ש. _____	☐	



^dt3079

*3453

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. | המלאכה 6, ת.ד.

עמוד 1 מתוך 2

הצהרת בעל הרישיון לעניין כיסוי ביטוחי קיים על הכנסות מעבודה והתאמת הכיסוי הביטוחי למבוטח

הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה, כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבטח בקרן פנסיה ו/או הכנסה שאינה מבטחת בחברת ביטוח בשיעור של 75% במידה ורכשתי עבור המבוטח הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פירטתי בפני המבוטח אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם יופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ירכוש את ההרחבה.

תאריך: _____ שם בעל הרישיון: _____ חתימת בעל הרישיון: X _____

נספח ברות ביטוח לבעלי כיסוי אובדן כושר עבודה אשר נרכש החל מדצמבר 2017

במקרה שבחרת להקטין את הפיצוי החודשי במקרה של אובדן כושר עבודה בסעיף ב' 1 בטופס זה, ואינך מועסק, באפשרותך לרכוש נספח ברות ביטוח בעת סיום תקופת הריסק הזמני בכפוף לתנאים הבאים:

✓ יש לך כיסוי אובדן כושר עבודה אשר נרכש החל מדצמבר 2017.

✓ המצאת הצהרה על כך שהנך בהעדר תעסוקה.

נספח ברות ביטוח מהווה הרחבה לכיסוי אובדן כושר עבודה אשר נרכש החל מדצמבר 2017 ומאפשר לך לחזור להיות מבטח בעתיד עד לגובה הפיצוי החודשי שהיה לך לפני הקטנתו ללא חיתום רפואי חדש, הכל בהתאם לתנאים המפורטים בנספח.

ניתן לרכוש את הנספח במקרה של העדר תעסוקה בעת סיום תקופת הריסק הזמני, והוא ייכנס לתוקף לאחר שנקבל את התשלום החודשי הראשון עבורו.

אם הנך מעוניין אנא סמן:

☐ בנוסף להקטנת הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה כמפורט בסעיף ב' 1, ובהתאם לתנאים המפורטים לעיל, אני מבקש לרכוש נספח ברות ביטוח.

שינוי עיסוק/תחביב

☐ הנני מצהיר כי לא חל שינוי בעיסוקי/תחביבי ממועד העדכון האחרון

☐ הנני מצהיר כי החל מתאריך: _____ / _____ / _____ חל שינוי בעיסוקי/תחביבי כמפורט להלן: _____

ידוע לי כי בעקבות הודעתי על שינוי במקצוע/עיסוק/תחביבים, עלולים לחול שינויים בתנאי החיתום אשר כתוצאה מהם אדרש לשלם פרמיה בכדי לשמור על גובה סכום הביטוח. כמו כן חברת הביטוח תהיה רשאית לדרוש הצהרה מלאה על מצב בריאותי.

הצהרת המבוטח

הריני מצהיר/ה ומתחייב בזאת כי תשובותי על כל השאלות הן נכונות ומלאות ולא חסרתיות או העלמתי מידע, הוסבר לי שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך הואיל והכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן "הכשרה") נסמכת על תשובותי.

הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בטופס שינויים זה ניתן מרצוני ובהסכמתי.

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה:

אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי המוצהרת הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. בנוסף ככל שנרכשה עבורי הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פורטו בפניי אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם אופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ארכוש את ההרחבה.

• ידוע לי כי במהלך תקופת התשלום בגין ריסק זמני בפוליסה, אמשיך להיות בכיסוי ביטוחי כמפורט בדף פרטי הביטוח וכי צבירת החיסכון בפוליסה תתבסס על פרמיות ששולמו ורכיב החיסכון בטרם כניסתי לריסק זמני וכי ולא תועבר הפקדה לרכיב החיסכון בפוליסה.

• ידוע לי במקרה של הארכת הסדר ריסק זמני, סכום הפיצוי למקרה אובדן כושר עבודה בכיסוי ששווק לפני 1.11.2017, יבחן בעת התביעה ממוצע השכר יחושב ביחס לשכר בחודשים שקדמו לחודש בו הפסקתי לעבוד ולא ביחס לשכר מהחודשים שקדמו לקרות מקרה הביטוח, טרם הכניסה לריסק בזמני ובהתאם לתנאי הפוליסה.

• ידוע לי כי הסדר הריסק הזמני ייכנס לתקופתו בכפוף לתנאי הפוליסה ובכפוף לאישור החברה.

הערות נוספות

חתימת המבוטח

תאריך: _____ חתימת המבוטח: X _____