



**בקשה לשינויים ביטוחיים וכיסויים נוספים
בפוליסת פרט/רט/תגמולים לעצמאים**

12/2017-2060

אבקש לבצע שינויים המפורטים מטה בפוליסה מספר: _____ תאריך תחילת השינויים: _____ / _____
- השינויים יבוצעו החל מתאריך שצוין לעיל או חודש קבלת המסמכים בחברה, המאוחר מביניהם.

א. פרטי בעל הפוליסה:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	מס' טלפון	דוא"ל
כתובת				

ב. פרטי מבטחים:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
כתובת		מס' טלפון		
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
כתובת		מס' טלפון		

ג. שינויים בביטוחים וכיסויים נוספים*:

בכל מקרה של הוספת כיסוי חדש, יש לצרף הנחיות לחיוב חשבון. סמן את בחירתך:
 כרטיס אשראי (יש למלא את פרטי האשראי בטופס "הוראה לחיוב חשבון", מצ"ב)
 הוראת קבע חדשה בבנק (יש למלא הרשאה לחיוב חשבון בטופס "הוראה לחיוב חשבון", מצ"ב)
 הוראת קבע בבנק הקיימת בחברתנו, להלן אישור לשימוש בהוראה זו:
 הריני מאשר לגבות את דמי הביטוח עבור התכנית/יות המפורטות בטופס הצעה זה, באמצעות הוראת קבע הקיימת בחברת "מנורה מבטחים", ע"ש המבוטח הראשי/בעל הפוליסה בטופס זה.

להלן פרטי החשבון: מספר בנק _____ מספר סניף _____ מספר חשבון _____
 תאריך: _____ שם בעל החשבון: _____ חתימת בעל החשבון X: _____

במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד. לידעתך - אמצעי גבייה זה, ישמש לגביית הפוליסה כולה.

מבוטח ראשי				מבוטח שני				הביטוח/הכיסוי בו יחול השינוי
הוספת סכום ביטוח בגובה*	הגדלה לסכום ביטוח כולל בסך	הקטנה לסכום ביטוח בסך	ביטול הכיסוי במלואו	הוספת סכום ביטוח בגובה*	הגדלה לסכום ביטוח כולל בסך	הקטנה לסכום ביטוח בסך	ביטול הכיסוי במלואו	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ריסק 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ריסק 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> רצף הכנסה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> עוד בחיים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה (כולל שחרור)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> שחרור פרמיות (במקרה של א.כ.ע.)

"אפ" 03/2016-2060

ד. כסויים ביטוחיים* הכיסוי ניתן לרכישה בפוליסה מסוג תגמולים לעצמאים בלבד.

מבוטח שני	מבוטח ראשי
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה - טופ לעתיד - בפרמיה משתנה* סכום פיצוי ש"ח השכר המבוטח לאובדן כושר עבודה יחושב כסכום הפיצוי שהתבקש מחולק בשיעור פיצוי חודשי של 75% הרחבות לאובדן כושר עבודה <input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. <input type="checkbox"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה). <input type="checkbox"/> (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה) <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי (גמלת תאונות עבודה). <input type="checkbox"/> הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים <input type="checkbox"/> הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי <input type="checkbox"/> 1% לשנה <input type="checkbox"/> 2% לשנה	<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה - טופ לעתיד - בפרמיה משתנה* סכום פיצוי ש"ח השכר המבוטח לאובדן כושר עבודה יחושב כסכום הפיצוי שהתבקש מחולק בשיעור פיצוי חודשי של 75% הרחבות לאובדן כושר עבודה <input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. <input type="checkbox"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה). <input type="checkbox"/> (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה) <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי (גמלת תאונות עבודה). <input type="checkbox"/> הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים <input type="checkbox"/> הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי <input type="checkbox"/> 1% לשנה <input type="checkbox"/> 2% לשנה
<input type="checkbox"/> טופ לעתיד - שחרור - בפרמיה משתנה*, ** הרחבות לשחרור <input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. <input type="checkbox"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה). <input type="checkbox"/> (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).	<input type="checkbox"/> טופ לעתיד - שחרור - בפרמיה משתנה*, ** הרחבות לשחרור <input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. <input type="checkbox"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה). <input type="checkbox"/> (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).
הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת אובדן כושר עבודה: <input type="checkbox"/> (יש למלא רק במידה שקיימת בחברתנו פוליסת אובדן כושר עבודה הכוללת פיצוי) <input type="checkbox"/> הריני מאשר כי ידוע לי שהנני מבוטח לביטוח אובדן כושר עבודה בחברתכם, והצעה זו מהווה ביטוח לרובד שכר נוסף על רובד השכר המבוטח בחברה.	הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת אובדן כושר עבודה: <input type="checkbox"/> (יש למלא רק במידה שקיימת בחברתנו פוליסת אובדן כושר עבודה הכוללת פיצוי) <input type="checkbox"/> הריני מאשר כי ידוע לי שהנני מבוטח לביטוח אובדן כושר עבודה בחברתכם, והצעה זו מהווה ביטוח לרובד שכר נוסף על רובד השכר המבוטח בחברה.
תאריך: _____ חתימת המבוטח X _____	תאריך: _____ חתימת המבוטח X _____

* לפי גיל תום תקופת הביטוח של תכנית הביטוח היסודית, ולא יותר מגיל 67.
 ** המוצר ניתן לרכישה רק במידה שלא נרכש כיסוי אובדן כושר עבודה.

ה. ביטוחים נוספים לילדים*:

הקרבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	נכות מתאונה	סכום ביטוח בש"ח
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		

ו. הגדלת פרמיה חודשית כוללת*:

(אפשרי בפוליסות מסוג עדיף הוני/עדיף שהונפקה החל מ- 07.2001 / סטטוס)

אבקש להגדיל את הפרמיה החודשית ל: _____ ש"ח / ב: _____ ש"ח

את ההגדלה יש להפנות: להגדלת הביטוח היסודי להגדלת החסכון בלבד (במידה וההגדלה היא בפוליסת פרט, יש למלא שאלון FATCA) (סמן את בחירתך)

זיהוי לפי חוק ה-FATCA (יש למלא סעיף זה רק במידה והגדלת הפרמיה היא לחסכון בלבד בפוליסת פרט):

האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה תושב ארה"ב? לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס ארה"ב (US TIN) טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).
--	---	--

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.
שם _____ **תאריך** _____ **חתימה** _____

ז. הקטנת פרמיה חודשית כוללת:

אבקש להקטין את הפרמיה החודשית ל: _____ ש"ח / ב: _____ ש"ח

בעקבות ההקטנה: יוקטן סכום הביטוח היסודי בלבד יוקטנו כל סכומי הביטוח בפוליסה באופן יחסי להקטנת הפרמיה (סמן את בחירתך)

ה. שינוי מסלול ביטוח בפוליסות עדיף: (אפשרי בפוליסות ששווקו החל מ-1/1991)

אבקש לשנות את מסלול הביטוח בפוליסה בהתאם לפירוט הבא:
 שינוי אחוזי החסכון ל- % _____ מהפרמיה המופנית לביטוח היסודי
 סכום ביטוח קבוע למקרה מוות על סך _____ ש"ח
 לתשומת ליבך - אחוז החסכון המקסימלי שיופנה לחסכון הינו בשיעור של 95%.

* במקרים בהם בקשת השינוי היא להוספה ו/או הגדלה של כיסוי או סכום ביטוח או הגדלת החיסכון בפוליסה עם כיסוי שחרור פרמיות, יש למלא הצהרת בריאות.

* במידה והפרמיה השנתית המצטברת גבוהה מ-20,000 ש"ח, חובה לצרף צילום ת.ז. (במקרה של תושב חוץ חובה לצרף דרכון חוץ או תעודת מסע).

ט. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון:

אני החתום מטה _____ מספר זהות/דרכון/ח.פ. _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי. אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר. במידה ואני פועל בעבור אחר, אלו פרטי הנהנה. שם _____ מספר זהות _____ תאריך לידה _____ כתובת _____ תאריך _____ מקום _____ חתימת בעל הפוליסה

י. הצהרה:

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 ובהסכמת. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה לצירופי וטיפול בכל ענייני אצל המבטח. הריני מסכים/ה כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

יא. חתימת המבוטחים:

תאריך _____ שם מבוטח ראשי _____ ת.ז. _____ חתימת מבוטח ראשי _____
 תאריך _____ שם מבוטח שני _____ ת.ז. _____ חתימת מבוטח שני _____
 במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח הראשי יש להחתים גם את בעל הפוליסה:
 שם בעל הפוליסה _____ ת.ז. _____ חתימת בעל הפוליסה _____

יב. חתימת הסוכן:

הנני מאשר כי שאלתי את המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו.
 תאריך _____ שם הסוכן _____ מס' סוכן _____ חתימת הסוכן _____

הוראה לחיוב חשבון

טופס 3-10

6400000275

מספר בעל הרישיון	שם בעל הרישיון	תאריך תחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		01 20	

פרטי כרטיס אשראי

שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	מספר כרטיס אשראי
מספר זהות ס"ב	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> דיינרס	בתוקף עד אמריקן אקספרס
כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד		

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופנק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי _____
 מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.

הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	לכבוד בנק
			כתובת

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - ש"ח _____ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק. על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/ו הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

- מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ההרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבנינו לבין המוטב.
 - ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבנינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה.

תאריך חתימת בעלי החשבון _____

לידיעתכם: ניתן להגיש את הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון גם באמצעות אתר האינטרנט של הבנק, ללא צורך בהגעה לסניף.

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
			אלנבי 115, ת"א 7 6581

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון איפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעלי החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא ימנע בהתחייבויותכם כלפיו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך בנק סניף _____

פרטי המבקש

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ טלפון: _____ ניד: _____