



תאריך: _____

בקשה להוספת/הארכת הסדר ריסק זמני בפוליסות ביטוח חיים - פרט/תגמולים לעצמאים

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מספר/י
דואר אלקטרוני			מספר טלפון

החל מתאריך _____

אבקש להצטרף להסדר ריסק זמני ל 12 חודשים בפוליסות _____.

אבקש להאריך הסדר ריסק זמני לתקופה מקסימלית* בפוליסות _____.

***תקופת ריסק זמני מקסימלית על פי סוג הפוליסה:**

פוליסות מ 7.2013 - אם בוצע פדיון חלקי או ניווד חלקי של רכיב התגמולים - תקופת הריסק הזמני מוגבלת ל 5 חודשים בלבד פוליסות החל מ 4/2007 - עד 24 חודשים ולא יותר מתקופת ההפקדה הרצופה האחרונה.
פוליסות החל מ 1/2004 ועד 31/03/2007 - עד 24 חודשים.
פוליסות משתתפות ברווחים עד 31/12/2003 - עד 12 חודשים עם אפשרות הארכה ל 12 חודשים נוספים.
פוליסות מבטיחות תשואה - עד 12 חודשים ללא אפשרות הארכה.

אופן גביית עלות הפרמיה לריסק הזמני

מהוראה לחיוב חשבון הקיימת בפוליסה מספר _____ פרטי החשבון/כ.א.:

מצ"ב הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע

מתוך צבירת התגמולים (בפוליסות מסוג עדיף/סטטוס).

- עלות הפרמיה לריסק הזמני תשולם מהצבירה ככל שישנה צבירה מספיקה.
- להמשך הפוליסה יהיה עליך להעביר אמצעי תשלום (הוראת קבע או כרטיס אשראי).

ידוע לי כי:

- עם בקשתי להסדר ריסק זמני בכפוף לתשלום הפרמיה השוטפת בהתאם להנחיותי להלן, הפוליסות ימשיכו להתקיים במתכונת של ריסק זמני, לסכומי הביטוח הנוכחיים. היינו, במהלך תקופת התשלום בגין ריסק זמני המבוטח ימשיך להיות בכיסוי ביטוחי למקרי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה, למעט בכל הנוגע לצבירת ערכי החיסכון.
- **בתום תקופת הריסק הזמני, הפוליסה תסולק (תוקפא).**
- ניתן לחזור לתשלום מלא של הפוליסה גם במהלך תקופת הריסק הזמני.
- הכיסויים הביטוחיים ו/או הזכויות הפנסיוניות חשובים לך ולמשפחתך. אי תשלום הפוליסה עלול לגרום לפגיעה בהם או לביטולם, לכן קיימת חשיבות מרובה להמשך תשלום הפוליסה.
- אם הפוליסה לא משולמת באופן שוטף יש לצרף לבקשה זו הצהרת בריאות עדכנית.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, המבוטח מצהיר ומסכים כי במקרה של פדיון הפוליסה מכל סיבה שהיא, הפוליסה תכלול רק את הכספים שנצברו בפועל בהתאם לתנאי הפוליסה וההסדר התחיקתי עקב תשלום המבוטח לפוליסה לפני הפיכתה לפוליסה במתכונת של ריסק זמני.

תאריך: _____ שם מבוטח: _____ מס' זהות: _____ חתימת מבוטח: _____

יש לחתום על הסעיף הבא רק אם בעל הפוליסה שונה מהמבוטח:

תאריך: _____ שם מבוטח: _____ מס' זהות: _____ חתימת מבוטח: _____

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ