

יש למלא את הטופס ולהחזירו למייל: agafhaim@harel-ins.co.il או לפקס ביטוח חיים 03-7348169
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70.

הבקשה הגיעה באמצעות:

שם סוכן / סוכנות הביטוח: _____

מס' סוכן: _____

חתימת הסוכן: _____

א פרטי המבוטח

שם המבוטח	תעודת זהות	עיסוק
המידע וההודעות בקשר עם בקשת השינוי יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.		

ב פרטי המעסיק

שם המעסיק	ח.פ./ע.מ.	מס' מעסיק אם קיים בהראל
רחוב	מס'	יישוב
מס' טלפון	דוא"ל	E-Mail
איש קשר בחברה	תפקיד איש הקשר	טלפון איש הקשר

ג תחילת התשלום ע"י המעסיק (תאריך קבלת הבעלות הינו תאריך תשלום פרמיה ראשונה ששולמה ע"י המעסיק החדש)

אני מסכים לרשום את המעסיק להיות המעסיק בפוליסה/ות המנהלים, כמפורט להלן:

החל מחודש שכן שנה

ד אופן חלוקת ההפקדות בפוליסה

מספר פוליסה	שכר מבוטח לפוליסה	פיצויים	תגמולי מעביד	תגמולי עובד
.....	שח%%%
.....	שח%%%
.....	שח%%%

אופן תשלום הפרמיה לאובדן כושר עבודה (הפיצוי מוגבל עד 75% מהשכר)¹

יש לבחור באחת מן האופציות הבאות:

רכישה מחוץ להפרשות לתגמולים

תקציב נפרד לצורך תשלום פרמיה לאובדן כושר עבודה על חשבון המעסיק. יש לבחור באפשרות זו רק במקרים בהם תשלום המעסיק הינו לרכישת כיסוי זה בשיעור הדרוש להבטחת 75% משכרו של העובד או בשיעור של 2.5% משכרו כאמור, לפי הנמוך. במקרה שעלות הפרמיה תעלה על התקציב הנפרד, יוקטן שיעור הפיצוי החודשי בהתאם לתקציב. (מצ"ב מסמך המפרט את השתנות שיעור וגובה הפיצוי החודשי לאורך תקופת הביטוח)

רכישה מתוך ההפרשות לתגמולים

שיעור הפיצוי החודשי יוכל להשתנות לאורך תקופת הביטוח. לתשומת ליבך!

ניתן לרכוש ביטוח למקרה מוות וכיסוי לאובדן כושר עבודה מתוך ההפרשות במגבלת 35% אחוז הפיצוי מהשכר: (עד 75% מהשכר) מסך ההפרשות לתגמולים לפוליסה, אחרי ניכוי דמי ניהול מפרמיה (המגבלה תחול לאורך כל תקופת הביטוח). (מצ"ב מסמך המפרט את השתנות שיעור וגובה הפיצוי החודשי לאורך תקופת הביטוח)

¹ בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים או ב-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי החודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

² הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים. לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תחשיבית של 2.5%.

ניתן לבצע שינוי במרכיבי הפוליסה למעט: 1. בפוליסות מסוג מעורב וגמלא, לא ניתן להגדיל את הפרמיה מעבר לפרמיה הנוכחית של הפוליסה. 2. בפוליסות מבטיחות תשואה, לא ניתן להגדיל את אחוזי ההפרשה.



dt3171

הוספה/הקטנה/שינוי כיסוי לאובדן כושר עבודה חדש או מוצר שנרכש בהראל החל מ-1.12.17. לתשומת לבך, ככל שרכישת אובדן כושר עבודה מהווה נספח לתכנית חיסכון (פוליסה לשכירים או תגמולים לעצמאיים), הרי שבביטול תכנית החיסכון, יתבטלו גם הנספחים לה, לרבות נספח זה.

הכיסוי הינו לגיל תום: (ניתן 67-60). ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67. לכיסוי הבסיסי יש לבחור באחת מ-2 האפשרויות הבאות ולציין את ההרחבות הנוספות לכל מוצר בסיס:

הראל לעתיד חדש (פרמיה משתנה כל שנה)
פיצוי לאובדן כושר עבודה הכולל שחרור, אובדן כושר עבודה חלקי וברות ביטוח

נספחים לבחירה להראל לעתיד חדש:¹

הגדרת עיסוק ספציפי²

תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנציזה)³ או קיצור תקופת המתנה ל-30 ימים (במקום 90 ימים)²

ביטול מלא של קיזוז תגמולי ביטוח לאומי

הגדלת גג חתם ל-25%

נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: 1% בשנה או 2% בשנה

תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי

²בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.
³מאושר רק לתקופת המתנה 90 ימים. לא ניתן לבחור נספח תקופת המתנה מקוצרת ביחד עם נספח תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה.
⁴לכל אחד מהנספחים עלות נפרדת. מוסכם ומוצהר בזה כי המבוטח יהיה רשאי לבטל נספח מהנספחים של התכנית הראל לעתיד במהלך תקופת הביטוח מבלי לפגוע בזכותו להמשיך את התכנית והנספחים הנותרים, אם קיימים.

ה הגדלה או הקטנה בלבד למוצר אובדן כושר עבודה קיים בפוליסה ושנרכש עד ה-31.7.17

הגדלה הקטנה סכום הביטוח החדש הכולל:

ז שינוי כיסוי קיים שאינו אובדן כושר עבודה

שם הכיסוי	ביטול*	הקטנה* (סכום הביטוח החדש הכולל)	ללא שינוי
מגן 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שם הכיסוי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*לידיעתך, כל הקטנה או ביטול של כיסוי ביטוחי פוגעת בכיסוי הביטוחי וכל הגדלה בעתיד תהיה עפ"י תנאי החברה הנהוגים באותה עת.

לתשומת ליבך כל הגדלה של הכיסוי הביטוחי מחייבת צירוף הצהרת בריאות ומותנית בהסכמת החברה.

ח שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים (במידה ולא תבחר אף אחת מן האפשרויות לעניין זה, ברירת המחדל תהיה "לא")

הסכם לפי סעיף 14	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	קיים בין העובד והמעסיק הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג-1963. לתשומת לב בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו הרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים מתוקף הצו.
יותר אוטומטי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	המעסיק מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.
זכאות בלא תנאי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ערך הפדיון של מרכיב הפיצויים יהיה שווה לצבירת הפיצויים. חרף האמור לעיל ואם קיימת למבוטח זכאות בלא תנאי, יהיה ערך הפדיון של מרכיב הפיצויים, אם שולמו למבוטח, לפי הגבוה מבין אלה: 1. צבירת הפיצויים. 2. סך-כל התשלומים ששולמו למרכיב הפיצויים, כשהם צמודים למדד אך לא יותר מסך החיסכון הצבור בפוליסה; תשלום ההשלמה להפרשי הצמדה כאמור, ינוכה ממרכיב התגמולים של העובד והמעביד לפי תקנות מס הכנסה. בסעיף משנה זה - 1. "זכאות בלא תנאי" - זכאותו של המבוטח לערך הפדיון, למעט על-פי סייג לזכאות, שאינה ניתנת לשינוי או לביטול, אם ניתנה ביום התשלום הראשון של המעביד לפוליסה, גם אם נקבע במועד האמור כי הזכאות תתגבש רק בתום לא יותר משלוש שנות עבודה אצל אותו המעביד. 2. "סייג לזכאות" - התניה בפוליסה ובהסכם העבודה שלפיה העובד לא יהיה זכאי לקבל את ערך הפדיון, אם התקיימו בו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים, לפי סעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין. 3. "צבירת הפיצויים" - סך-כל ההפקדות ששולמו למרכיב הפיצויים, בתוספת הרווחים כפי שיוחסו למרכיב זה על-פי הוראות תקנות מס הכנסה והכול בניכוי דמי ניהול מההפקדה השוטפת ומהחסכון המצטבר שיוחסו למרכיב זה.
	<input type="checkbox"/> לא	

תאריך: **אם צוין כן**, חתימת המועמד לביטוח: **אם צוין כן**, חתימת המעסיק:

ט אופן הגבייה

הודעת תשלום (צמוד שכר)

הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.



חתימה:

תאריך:

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף חיים, אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

יא חתימת המבוטח



חתימת המבוטח

תאריך

יב אישור מעסיק (נדרש כאשר התשלום הינו באמצעות הוראת קבע בלבד)



חתימה וחותמת המעסיק

שם המעסיק

תאריך

יג הערות נוספות