



שם הסוכן	מספר הסוכן
שם המפקח	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

שינוי בפוליסה/ות פרט

טופס מספר **30**

שים לב: לשינוי שמות, מען מגורים, מוטבים, מקצוע, פרטי חשבון בנק וכדומה יש למלא טופס מספר 20

א. פרטי המבוטח/ים				
מבוטח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון
ראשי	מלבד משפחתי	מין	דואר אלקטרוני	עיסוק
	ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> ט <input type="checkbox"/>	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
שני	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון
	מלבד משפחתי	מין	דואר אלקטרוני	עיסוק
	ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> ט <input type="checkbox"/>	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		

ב. את השינויים יש לערוך:

בכל הפוליסות שבבעלותי

בפוליסות מספר:

1.

2.

3.

ג. שינויים בביטוחים ובכיסויים הנוספים (בדוק את גובה סכומי הביטוח על פי הכללים והצירופים האפשריים)

אם השינוי המבוקש הוא הוספה או הגדלה של כיסוי, יש למלא ולצרף את הטפסים הבאים:

- שאלון החלפה / שינוי בפוליסות ביטוח חיים (טופס מס' 2).
 - הצהרת בריאות (טופס מס' 1).
- בחידוש פוליסה יש להעביר הצהרת בריאות (טופס מס' 1).

ברצוני: לשנות / להוסיף כיסויים לפוליסה/ות

לחדש את הפוליסה:

בהתאם לכיסויים הביטוחיים שהיו טרם החידוש

בהתאם למסומן בטבלה

החל מתאריך: _____

מבוטח שני					הביטוח / הכיסוי שבו חל שינוי / התוספת	מבוטח ראשי				
סוג השינוי - סמן X				הסכום בש"ח לאחר השינוי נכון למדד תאריך השינוי		סוג השינוי - סמן X				הסכום בש"ח לאחר השינוי נכון למדד תאריך השינוי
הקטנה	ביטול	הוספה	הגדלה		הקטנה	ביטול	הוספה	הגדלה		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		אור 1 <input type="checkbox"/> אור 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"/>		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"/>		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"/>		מזור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		פרנציזה לכיסוי קיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		הרחבה לאובדן כושר עבודה לכיסוי קיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

הגדלת פרמיה * הקטנת פרמיה לטרך של _____ ש"ח. * בהגדלת פרמיה יש למלא טופס הצהרת בריאות (טופס 1)

אחר



ג. שינויים בביטוחים ובכיסויים הנוספים (בדוק את גובה סכומי הביטוח על פי הכללים והצירופים האפשריים) - המשך

כיסוי לפיצויי חודשי באובדן כושר עבודה - מבוטח ראשי

גובה הכיסוי המבוקש: ש"ח או % _____ מהשכר
נא סמן ב-✓ את פרטי הכיסוי המבוקש במקומות המתאימים בטבלה

נספח "עוד"	תוספת פיצוי - פרנציזיה	הרחבה לנכות חלקית*	חודשי המתנה		מבנה דמי הביטוח		שחרור בלבד	הכיסוי המבוקש
			6	3 (ברירת מחדל)	קבועים	משתנים (ברירת מחדל)		
	<input type="checkbox"/> ניתן להוספה רק בפרמיה משתנה ורק במסגרת 3 חודשי המתנה	<input type="checkbox"/> רק בפרמיה משתנה						<input type="checkbox"/> שלווה
✓	<input type="checkbox"/> ניתן להוסיף רק במסגרת 3 חודשי המתנה							<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה
✓	✓	✓		✓				<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה פלוס

הערה: בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע הכנסותיך המוצהרות ב-12 החודשים האחרונים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי כל פיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכול בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה
* בהתאם לאמור בתנאי הפוליסה, הרחבת הכיסוי למקרה של נכות חלקית בשיעור העולה על 25% ועד 74%, תסתיים בהגיע המבוטח לגיל 60

כיסוי לפיצויי חודשי באובדן כושר עבודה - מבוטח שני

גובה הכיסוי המבוקש: ש"ח או % _____ מהשכר
נא סמן ב-✓ את פרטי הכיסוי המבוקש במקומות המתאימים בטבלה

נספח "עוד"	תוספת פיצוי - פרנציזיה	הרחבה לנכות חלקית*	חודשי המתנה		מבנה דמי הביטוח		שחרור בלבד	הכיסוי המבוקש
			6	3 (ברירת מחדל)	קבועים	משתנים (ברירת מחדל)		
	<input type="checkbox"/> ניתן להוספה רק בפרמיה משתנה ורק במסגרת 3 חודשי המתנה	<input type="checkbox"/> רק בפרמיה משתנה						<input type="checkbox"/> שלווה
✓	<input type="checkbox"/> ניתן להוסיף רק במסגרת 3 חודשי המתנה							<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה
✓	✓	✓		✓				<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה פלוס

הערה: בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע הכנסותיך המוצהרות ב-12 החודשים האחרונים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי כל פיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכול בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה
* בהתאם לאמור בתנאי הפוליסה, הרחבת הכיסוי למקרה של נכות חלקית בשיעור העולה על 25% ועד 74%, תסתיים בהגיע המבוטח לגיל 60

ד. מינוי מוטבים בחיי המבוטח בתום תקופת הביטוח - המבוטח. במות המבוטח טרם תום תקופת הביטוח - כפי שיפורט להלן:*

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח
				%
				%
				%
				%

* באם בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם לא ניתן למנותו כמוטב או מוטב בלתי חוזר בפוליסה.

מצ"ב טופס "הצהרת בריאות" (טופס מספר 1) מצ"ב שאלון החלפה / שינוי בפוליסות ביטוח חיים (טופס מספר 2) המבוטח הופנה לרופא לבדיקה רפואית

ה. מינוי סוכן

הנני מבקש למנות סוכן לפוליסת/ות הפרט שבבעלותי בהתאם לפרטים הבאים: שם סוכן _____ מספר סוכן _____ החל מתאריך _____

ו. חתימות (בכל מקרה שבו בעל הפוליסה אינו המבוטח, יחתום גם בעל הפוליסה על בקשת השינוי)

תאריך _____ חתימת מבוטח ראשי * חתימת מבוטח שני * בעל הפוליסה (במידה ושונה מהמבוטח) * חתימת הסוכן *

תק"ט 492303029 (05.2015)

