



שם בעל הרשיון הפנסיוני	מספר בעל הרשיון
שם המפקח	

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

## בקשה לשינויים בפוליסת מנהלים

טופס מספר 80

א. פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח" / "העובד")				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
כתובת (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני

ב. פרטי מעסיק נוכחי			
מספר זהות / ח"פ / ח"צ	שם המעסיק	מספר מפעל	מספר טלפון

ג. פוליסה/ות בהן יש לערוך שינויים

בכל פוליסות המנהלים  
 בפוליסות מספר: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

ד. ברצוני לבצע את השינויים הבאים (סמן ב-X את השינויים המבוקשים)

קבלת בעלות על הפוליסות\* (יש למלא סעיפים ה', י')  מינוי סוכן (יש למלא סעיף ו')  הוספת כיסויים  שינוי כיסויים (יש למלא סעיף ז')  
 שינוי בשכר\*\* (יש למלא סעיף ה'-2)  מינוי מוטבים (יש למלא סעיף ח')  שינוי בשליטה בכספים בסעיף הפיצויים (על המעסיק  
 שינוי באחוזי ההפרשות (יש למלא סעיף ה'-2)  שינוי מסלולי השקעה (יש למלא סעיף ט')  למלא סעיף י')  
 \* במידה והשינוי הוא עזיבת עבודה בלבד, יש למלא טופס 70 \*\* במידה ומתבצעת הקטנה, יש להמציא שלושה תלושי שכר אחרונים

ה. הודעת המעסיק

1. אני מסכים לקבל את הבעלות / להיות המעסיק בפוליסות המנהלים, כמפורט להלן:

תאריך התחלת עבודה	תאריך תשלום פרמיה ראשונה	חודש העברת פרמיה ראשונה	בגין משכורת חודש	שכר חודשי ברוטו בש"ח	מס' משכורת בשנה	מקצוע	עיסוק

פרטי מעסיק חדש:

מספר זהות / ח"פ / ח"צ	שם המעסיק	מספר מפעל	מספר טלפון
כתובת (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד
איש קשר בחברה	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד
			מספר טלפון

2. פרטים בדבר חלוקת השכר וההפרשות ניתן לבצע שינוי במרכיבי השכר למעט המקרים הבאים:

- בתוכניות מסוג מעורב, גימלא וכל החיים (קלאסיות) לא ניתן להגדיל את הפרמיה מעבר לפרמיה הנוכחית של הפוליסה
- בפוליסות מבטיחות תשואה לא ניתן להגדיל את אחוזי ההפרשה

בכל שינוי כגון: הגדלה / הוספה במרכיבי השכר הקיימים בפוליסה/ות, נדרש לקבל מראש אישור מהחברה.

מספר הפוליסה	שכר לפוליסה	מרכיב הפיצויים * (%)	מרכיב תגמולי מעביד * (%)	מרכיב תגמולי עובד * (%)	הפרשות נוספות לאובדן כושר עבודה (%)		דמי ניהול מדמי ביטוח**	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר**
					ע"ח מעביד	ע"ח עובד		
					עד %	%		
					עד %	%		
					עד %	%		
					עד %	%		

\* במידה וההפרשות הנין בהתאם לצו הרחבה יש לסמן:  
 שעור ההפרשות משתנה בהתאם לצו הרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק לפי חוק הסכמים קיבוציים התשי"ז - 1957 כפי שידוע במועד ההצעה.  
 \*\* רלוונטי רק בפוליסות שנמכרו אחרי 1/2004.

3. אופן הגבייה שיחול על הפוליסה/ות (סמן ב-X את המתאים)

לפי תקבול ממעביד  צמוד למדד  צמוד לתוספת יוקר עם תקרה  צמוד לתוספת יוקר ללא תקרה



0124908001031100

קוד מסמך 249

תק"ט 42100209 (11.2010)



**1. הנני מבקש למנות סוכן לפוליסה/ות המנהלים שבבעלותי בהתאם לפרטים הבאים**

שם סוכן	מספר סוכן	החל מתאריך

**2. הוספת / שינוי כיסוי/ים**

ברצוני לשנות / להוסיף כיסויים לפוליסה/ות החל מתאריך \_\_\_\_\_  
אם השינוי המבוקש הוא הוספה או הגדלה של כיסוי, חובה למלא טופס הצהרת בריאות (טופס מספר 1)

הביטוח / הכיסוי שבו חל השינוי / התוספת	סוג השינוי			
	הגדלה	הוספה	ביטול*	הקטנה*
<b>ביטוח אור למקרה פטירה</b> (סמן את הכיסוי המבוקש): אור 1 <input type="checkbox"/> אור 5 <input type="checkbox"/>				
<b>פוליסות אחרי 1/2004</b> (רשום את סכום הביטוח בסכומים או בכפולות שכר בהתאם לאפשרויות המפורטות): <input type="checkbox"/> לא כולל החיסכון המצטבר (1) ש"ח _____ או _____ משכורות <input type="checkbox"/> כולל החיסכון המצטבר (2) ש"ח _____ או _____ משכורות <b>פוליסות לפני 1/2004</b> (סמן את האפשרות הרצויה): <input type="checkbox"/> יסודי <input type="checkbox"/> סכום ביטוח קבוע _____ ש"ח <input type="checkbox"/> מספר משכורות קבוע למקרה מוות _____ <input type="checkbox"/> אחוז חיסכון קבוע % _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>אובדן כושר עבודה משתנה - שלווה</b> <input type="checkbox"/> פיצוי <input type="checkbox"/> שחרור <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים מהשכר המבוטח עד גיל** <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <b>כיסוי אובדן כושר עבודה הינו:</b> <input type="checkbox"/> בפוליסה קיימת <b>או</b> <input type="checkbox"/> בפוליסה חדשה*** <b>בביטול פיצוי, האם להשאיר שחרור?</b> <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <b>תשלום על חשבון:</b> <input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> מעביד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פיצוי חודשי (לא רלוונטי אם נקנה שחרור): ש"ח <b>או</b> _____ % מהשכר המבוטח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פרנציזה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
הרחבה לאובדן כושר עבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
נספח עוז	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
כיסויים ביטוחיים נוספים ע"ח העובד בפוליסה נפרדת (יש להמציא טופס הוראה לחיוב חשבון - טופס מספר 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אחר _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* ידוע לי שהקטנת / ביטול סכומי הביטוח פוגעת בכיסוי הביטוחי וכל הגדלה בעתיד תהיה ע"פ תנאי החברה הנהוגים באותה עת.  
 \*\* במידה וגיל תום תקופת הביטוח גדול מגיל תום תקופת ביטוח בפוליסה המקורית, יש לצרף הצהרת בריאות.  
 \*\*\* במידה ונדרש להוסיף כיסוי א.כ.ע. בפוליסה חדשה, יש לצרף טופס 447.

**3. מינוי מוטבים (מינוי מוטבים יחול לגבי כל הפוליסות ששולבו בבקשה זו)**

בחיי המבוטח - המבוטח. במקרה פטירה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למוטב	החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח

במקרה של פטירת המבוטח לפני תום תקופת הביטוח או התחלת תשלומי הקצבה ובעודו מועסק אצל המעביד - סכום השווה לסכום החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים בהתאם לתנאי הפוליסה ישולם לשאירים כהגדרתם בחוק פיצויי פיטורין וההפרש, אם קיים, בין הסכום המגיע במוטב המבוטח לבין סכום השווה לחיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים ישולם למוטבים.

תק"ט 421100209 (11.2010)



**ט. מסלולי השקעה - תקף בתוכניות מגדל השקעות שלי, מגדלור ומגדלור לחיים לסוגיהם**

- מסלולי השקעה של הצבירה והפרמיה השוטפת ייקבעו בהתאם לברירת המחדל המפורטת בתנאים הכלליים של הפוליסה.
- ברצוני לשנות את מסלולי ההשקעה. מצ"ב טופס 17 חתום על ידי מעסיק ועובד.

**י. פרטים נוספים למילוי על ידי המעסיק**

1. שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים (חובה לסמן אחת מהאפשרויות להלן)		
1.1 הסכם לפי סעיף 14	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	קיים בין העובד והמעביד הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג - 1963 בהתאם לאישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורין. אם קיימת הצהרה לגבי תחולת סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין ולא הוחלט על רכישת כיסוי אבדן כושר עבודה במסגרת הצעה זו, הרי שהמועמד לביטוח והמעביד מצהירים, כי ידוע להם שבמסגרת הצעה זו הם בחרו שלא לרכוש כיסוי אבדן כושר עבודה והם פוטרם את החברה מכל אחריות בקשר לכך.
1.2 ויתור אוטומטי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	המעביד מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נתן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.
1.3 זכאות בלא תנאי	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים. המעביד מאשר כי העובד יהיה זכאי למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל ביום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעביד ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל. המעביד מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל הינה הוראה בלתי חוזרת למבטח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג - 1963. לידיעת המעביד, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב התגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצויי הפיטורין בעת סיום עבודתו של העובד.
1.4 קיומו של הסכם בדבר החזרת מרכיב הפיצויים למעביד	<input type="checkbox"/> לא קיים <input type="checkbox"/> קיים	הסכם קיבוצי או הסכם אחר שניתן להחזיר את מרכיב הפיצויים למעביד.

**יא. הערות נוספות**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

חתימת  
וחותמת  
המעסיק ★

חתימת  
המבוטח ★

תאריך

