

התפתחות הפרמיה לתוכנית הפניקס, תוכנית קיימת אחרי 2004, מספר מזהה- 3763716010, נכון לתאריך: 28/02/2021

פרטי המבוטח/ת

| | | | | | | | |
|---------|----------|------|----------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | טל' נייד | 052-5777317 | mattan.sheffer@gmail.com | ביטוייטפול בע"מ | סדן סוכנות לביטוח - < |
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | טל' נייד | דואר אלקטרוני | מעסיק | מנהל/ת התיק | |

התפתחות הפרמיה

לתשומת ליבך:

מוסכם בזה כי שיעור הפיצוי החודשי ההתחלתי לאובדן כושר עבודה הנקוב בדף פרטי הביטוח, צפוי לקטון במהלך תקופת הביטוח אם הפרמיה, כפי שתתעדכן כל שנה, לא תספיק לרכישת שיעור הפיצוי האחרון שנרכש.

בטבלה להלן מוצגת הירידה הצפויה בסכום הביטוח בהתאמה לשנוי הצפוי בשיעור הפרמיה:

- שכר מבוטח: 11,240 ₪, שם המבוטח: מתן שפר, תוספת מקצועית: %, תוספת רפואית: %, עיסוק: מתכנת/ת מערכות מחשב (ניתוח), עישון: לא מעשן,
- אובדן כושר עבודה עם תוספת מקצועית: %, ותוספת רפואית: %,

| גיל | שיעור כיסוי משכר פיצוי אובדן כושר: | עלות פיצוי אובדן כושר | סה"כ חודשי | סה"כ פרמיה שנתית |
|-----|------------------------------------|-----------------------|------------|------------------|
| 32 | 75% | 149 ₪ | 149 ₪ | 1,786 ₪ |
| 33 | 75% | 152 ₪ | 152 ₪ | 1,824 ₪ |
| 34 | 75% | 152 ₪ | 152 ₪ | 1,827 ₪ |
| 35 | 75% | 161 ₪ | 161 ₪ | 1,937 ₪ |
| 36 | 75% | 176 ₪ | 176 ₪ | 2,109 ₪ |
| 37 | 75% | 178 ₪ | 178 ₪ | 2,138 ₪ |
| 38 | 75% | 182 ₪ | 182 ₪ | 2,184 ₪ |
| 39 | 75% | 194 ₪ | 194 ₪ | 2,329 ₪ |
| 40 | 75% | 212 ₪ | 212 ₪ | 2,541 ₪ |
| 41 | 75% | 222 ₪ | 222 ₪ | 2,662 ₪ |
| 42 | 75% | 233 ₪ | 233 ₪ | 2,793 ₪ |
| 43 | 75% | 248 ₪ | 248 ₪ | 2,977 ₪ |
| 44 | 75% | 265 ₪ | 265 ₪ | 3,182 ₪ |
| 45 | 75% | 274 ₪ | 274 ₪ | 3,291 ₪ |
| 46 | 72% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 47 | 65% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 48 | 57% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 49 | 51% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 50 | 40% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 51 | 34% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 52 | 31% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 53 | 26% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 54 | 24% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 55 | 22% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 56 | 20% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 57 | 19% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 58 | 18% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 59 | 18% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 60 | 18% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 61 | 18% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 62 | 19% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 63 | 20% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 64 | 26% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |

התפתחות הפרמיה לתוכנית הפניקס, תוכנית קיימת אחרי 2004, מספר מזהה- 3763716010, נכון לתאריך: 28/02/2021

פרטי המבוטח/ת

| | | | | | | | |
|---------|----------|------|----------|---------------|--------------------------|---------------|----------------------|
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | טל' נייד | 052-5777317 | mattan.sheffer@gmail.com | ביסיטפול בע"מ | סדן סוכנות לביטוח- < |
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | טל' נייד | דואר אלקטרוני | מעסיק | מנהלת התיק | |

התפתחות הפרמיה

| גיל | פיצוי אובדן כושר: שיעור כיסוי משכר | עלות פיצוי אובדן כושר | סה"כ חודשי | סה"כ פרמיה שנתית |
|------|------------------------------------|-----------------------|------------|------------------|
| 65 | 33% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| 66 | 64% | 281 ₪ | 281 ₪ | 3,372 ₪ |
| סה"כ | | 104,391 ₪ | 104,391 ₪ | 104,391 ₪ |

לתשומת לבך!

1. נתוני התפתחות הפרמיה המוצגים בטופס זה הינם להמחשה בלבד. ייתכן והנתונים בפועל יהיו שונים.
2. חישובי הפרמיה מבוססים על ההנחות הבאות: תום התקופה הינו לפי המופיע בתכנית. רווח (ריבית לחישוב): לפי המופיע בתכנית. ללא גידול ריאלי בסכומי הביטוח.
3. פירוט התנאים המחייבים לכל פוליסה כפוף לתנאי הפוליסה ולהסכם מול היצרן.
4. שינויים שהתבקשו במסגרת הפגישה תלויים ומותנים בהסכמת היצרן לבצעם.
5. שימו לב! בביטוחי בריאות, לפי הוראות הפיקוח על הביטוח, בראשון ליוני אחת לשנתיים, יתכן ויבוצעו שינויים בתנאי הפוליסה ו/או בפרמיית הביטוח.
6. המוצג בטבלה הינו להמחשה בלבד וחושב בהתאם לנתונים שנמסרו בטופס ההצעה לצורך ההצטרפות לביטוח, וזאת בהנחה שלא יחול במהלך תקופת הביטוח שינוי כלשהו בנתונים האמורים ו/או בהרכב התכניות המבוקש.
7. הפרמיה כוללת תוספת מקצועית ורפואית במידה וקיימת וכוללת הנחות במידה וישנן. סכומי הביטוח חושבו בהתאם לנתוני המבוטח ובכלל זה גיל המבוטח ועיסוקו, אך ללא התחשבות בחיתום רפואי, ויתכן ויהיה בהם שינוי ככל ונקבעה תוספת פרמיה עקב מצבו הרפואי של המבוטח.

אני מאשר כי הטבלה דלעיל הוצגה בפני וכי מצאתי את התכנית שאני מבקש להצטרף אליה מתאימה לצרכי.

שם: מתן שפר

תאריך חתימה: 28/02/2021

חתימת המבוטח: