

## טופס בקשה לשמירת ניסוי ביטוחי בקרן הפנסיה

פרטי העמית/ה	
שם פרטי	שם משפחה
מס' זהות / דרכון	
טלפון נייד	כתובת דוא"ל

### הסדר ביטוח

ברצוני להמשיך את השמירה על היקף הכיסוי הביטוחי, על ידי הסדר במסגרתו ייגבו דמי ביטוח מתוך רכיב התגמולים הקיים ביתרתי הצבורה או לחילופין אפקידי לקרן סכום בגובה דמי הביטוח.

ביצוע התשלום יהיה בהתאם לסימון שלהלן:

ניכוי מתוך התגמולים שביתרת הזכאות הצבורה העומדת לזכותי בקרן, בכפוף לתקנון הקרן.

תשלום דמי ביטוח באמצעות הוראה לחיוב חשבון (יש לצרף טופס הוראה לחיוב חשבון מלא וחתום על ידי הבנק).

תחילת ההסדר הינו מתאריך \_\_\_\_\_ ועד לתאריך \_\_\_\_\_ או עד לתקופה המקסימאלית המותרת על פי תקנון הקרן.

### הצהרת העמית/ה

1. ידוע לי כי הסדר הביטוח הינו לתקופה של עד 24 חודשים ממועד ההפקדה האחרונה או התקופה הרצופה האחרונה בה הייתי עמית פעיל בקרן, לפי הקצרה מבניהם.
2. ידוע לי כי הסדר הביטוח ייפסק לפני תום התקופה המרבית אך ורק במקרים הבאים: (1) אם אודיע לקרן על הפסקה יזומה של הסדר הביטוח (2) אם יופקדו עבורי דמי גמולים לקרן (3) אם אמשון כספים ממרכיב התגמולים או אעביר כספי תגמולים לקרן אחרת (4) אם לא קיימת ברכיב התגמולים שבחשבוני יתרה צבורה מספקת למימון עלות הכיסוי הביטוחי ולא העברתי תשלומים לכיסוי העלות הכיסוי הביטוחי (5) במקרה פטירה (6) במקרה שהגעתי לגיל תום תקופת ביטוח (7) במקרה שהתחלתי לקבל קצבת נכות מלאה או קצבת זקנה מהקרן.
3. ידוע לי כי תשלום הסדר הביטוח נקבע בהתאם להכנסה הקובעת לפנסיית שאירים ופנסיית נכות ושיעור הכיסוי הביטוחי כפי שמופיעים ברישומי הקרן ובהתאם לתקנון הקרן.
4. ידוע לי כי הסדר הביטוח הינו בעבור הכיסויים הביטוחיים לפנסיית נכות ושאיירים בלבד ותשלום עלות הביטוח ינוכה מיתרת החיסכון הצבורה שעל שמי בקרן או בגבייה חודשית בהתאם לבחירתי לעיל.
5. ידוע לי כי בתום תקופת הסדר הביטוח, יופסקו הכיסויים הביטוחיים בקרן, אלא אם אחדש באופן רציף את ההפקדות בקרן הפנסיה במעמד עצמאי או כשכיר באמצעות מעסיק.
6. ידוע לי כי אם בתום תקופת הסדר הביטוח לא יחודשו הפקדות דמי גמולים לקרן הפנסיה מעמדי בקרן יהיה כמעמד של עמית לא מבוטח ולא פעיל על כל המשתמע מכך והכל בהתאם לתקנון הקרן.
7. ידוע לי כי אי חידוש דמי גמולים מיד בתום תקופת הסדר ביטוח עשויה לפגוע בזכויותי הפנסיוניות לרבות ביטול הכיסוי הביטוחי.
8. ידוע לי כי ככל שהוראה לחיוב חשבון לא תכבד בחודש גביה כלשהו ומסיבה כלשהי ואף שבחזרתי לשלם באמצעותה יופסק התשלום לשמירה על הכיסוי הביטוחי ותישלח הודעה בהתאם.
9. הריני מתחייב להודיע לאלטסולר שחם גמל ופנסיה בע"מ על כל שינוי בחשבון הבנק באמצעותו מבוצעת הוראה לחיוב חשבון בצירוף אישור הבנק. שינוי והודעה בהתאם לסעיף זה הם באחריותי המלאה והבלעדית.
10. ידוע לי ומוסכם עלי כי שינוי מעמדי בקרן לעמית עצמאי מחייב שינויים נוספים המחויבים על פי דין ואשר יש בהם כדי להשפיע על תנאי חברותי בקרן והכל בהתאם להוראות הדין ולהוראות תקנון הקרן.

### חתימת העמית/ה

שם פרטי*	שם משפחה*	תעודת זהות*	תאריך*	חתימה*
				x