

בקשה להפסקת שמירת זכויות במקרה של אי תשלום דמי גמולים בקרנות הפנסיה הראל פנסיה והראל פנסיה כללית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

את הטופס יש לשלוח למשרדי החברה באחת מן הדרכים הבאות:

■ כתובת מייל: hokpension@harel-ins.co.il

■ מס' פקס: 03-7348048

ניתן לוודא את קבלת הפקס / המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

א פרטי העמית

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.

ב מידע לעמית

שים לב:

- ויתור על ארכת ביטוח ו/או על הסדר ביטוח בקרן, כמפורט בבקשה זו, יבטל את הכיסוי הביטוחי למקרה נכות ופטירה הקיים בחשבונך בקרן הפנסיה לאלתר ובהיעדר הפקדות לקרן בחודש העוקב למועד הביטול לא יהיה לך כיסוי ביטוחי בקרן.
- ויתור כאמור עשוי להשפיע על זכויותיך בקרן הפנסיה גם בעתיד.
- יתרת הכספים שנותרה בקרן הפנסיה תנוהל בהתאם לתקנון הקרן ולהוראות הדין.

ג בקשה להפסקת שמירת זכויות בקרן הפנסיה

הראל פנסיה הראל פנסיה כללית

יש לסמן את האפשרות המתאימה

(ככל שלא תסמן את האפשרות המתאימה, שמירת הזכויות תבוטל בכל קרנות הפנסיה החדשות שעל שמך בהראל)

הנני מבקש לבטל את "ארכת הביטוח" ומודע להשלכות שיהיו לכך על הזכויות הפנסיוניות והביטוחיות שלי בקרן וכן זכויות שאריי בהתאם להוראות הדין ותקנון הקרן.

הנני מבקש לבטל את הסדר הביטוח*** ומודע להשלכות שיהיו לכך על הזכויות הפנסיוניות והביטוחיות שלי בקרן וכן זכויות שאריי בהתאם להוראות הדין ותקנון הקרן.

חתימת העמית:

תאריך:

*תקופה של חמישה חודשים מלאים ורצופים במהלכה נשמר הכיסוי הביטוחי לעמית שחדל להיות עמית פעיל בקרן. דמי הביטוח בעד ארכת הביטוח נגבים מתוך רכיב התגמולים ביתרתו הצבורה של העמית או על ידי הפקדה לקרן בגובה דמי הביטוח.
**תקופה של 24 חודשים רצופים (כולל תקופת ארכת הביטוח) או תקופת הביטוח הרציפה האחרונה בקרן (הקצרה מבניהן) במהלכה נשמר הכיסוי הביטוחי לעמית שחדל להיות עמית פעיל בקרן. דמי הביטוח בעד הסדר הביטוח נגבים מתוך רכיב התגמולים ביתרתו הצבורה של העמית או על ידי הפקדה לקרן בגובה דמי הביטוח.



dt13421