

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	

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

בקשה לסילוק (הפסקת תשלומים) פוליסה/ות פרט

טופס מספר **410**

א. פרטי המבוטח / בעל הפוליסה				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)				
		מס' דירה	מס' בית	מיקוד

אני בעל הפוליסות והמבוטח שבנדון, מבקש מכם לבצע את בקשתי, בפוליסות הרשומות להלן, החל מיום חתימתי על בקשה זו.

ב. פרטי הפוליסה/ות לסילוק		
פוליסה מספר	פוליסה מספר	פוליסה מספר

בכל מקרה, המועד הקובע לצורך ביצוע הבקשה יהיה המאוחר מבין תאריך חתימתי על בקשה זו או מועד קבלת הבקשה במשרדי החברה.

ג. בקשה לסילוק (הפסקת תשלומים)
<p>אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עלי ועל משפחתי:</p> <ol style="list-style-type: none"> ידוע לי כי בעת סילוק הפוליסה, כל הכיסויים הביטוחיים יוקפאו. ידוע לי, שבמידה ואבקש בעתיד לחדש את הכיסויים שהוקפאו, תידרש הסכמה של חברת הביטוח. חידוש הפוליסה יתאפשר בפוליסה הקיימת או בפתיחת פוליסה חדשה בתנאים שיהיו נהוגים ביום החידוש. ידוע לי, שבמידה ואבקש בעתיד לחדש את הפוליסה/ות, יהיה הדבר כרוך בתהליך מחודש של הוכחת מצב בריאותי. אני מבין שכתוצאה מכך, הפרמיה עשויה להתייקר, זאת בנוסף להתייקרות שתהיה עקב היותי בגיל מבוגר יותר. במידה והפוליסה כוללת נספח למקרה נכות, הובא לידיעתי כי באפשרות להמשיך ליהנות מכיסוי נכות על פי הנספח תמורת תשלום דמי ביטוח ובחירתי שלא לממש זכותי זו.

אם קיים בעל פוליסה חריג, עליו גם לחתום על טופס זה.

על החתום:

תאריך <input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה המבוטח/ בעל הפוליסה <input type="text"/>	חתימת המבוטח/ בעל הפוליסה ★ <input type="text"/>
תאריך <input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה בעל הפוליסה חריג/ מבוטח משני <input type="text"/>	חתימת בעל הפוליסה חריג/ מבוטח משני ★ <input type="text"/>

