



טופס בקשה לשמירת ניסוי ביטוחי לונה חלקי

חבה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי העמית/ה				
שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה	טלפון נייד

הסדר הביטוח
<p>ברצוני להמשיך את השמירה על היקף הכיסוי הביטוחי כפי שהיה טרם נקבעה לי נכות בהתאם לרופא הקרן, וזאת על ידי הסדר ביטוח במסגרתו יופקדו לחשבוני בקרן דמי ביטוח.</p> <p>ביצוע התשלום יהיה בהתאם לסימון שלהלן:</p> <p><input type="checkbox"/> ניכוי מתוך התגמולים שביתרת הזכאות הצבורה העומדת לזכותי בקרן, בכפוף לתקנון הקרן.</p> <p><input type="checkbox"/> תשלום דמי ביטוח באמצעות הוראה לחיוב חשבון (יש לצרף טופס הוראה לחיוב חשבון מלא וחתום על ידי הבנק)</p>

הצהרת העמית/ה
<ol style="list-style-type: none"> ידוע לי כי הסדר הביטוח הינו לתקופה של עד 24 חודשים או התקופה הרצופה האחרונה בה הייתי עמית פעיל בקרן, לפי הקצרה מבניהם. ידוע לי כי הסדר הביטוח ייפסק לפני תום התקופה המרבית אך ורק במקרים הבאים: אם אודיע לקרן על הפסקה יזומה של הסדר הביטוח או אם יופקדו עבורי דמי גמולים לקרן או אם אמשך כספים ממרכיב התגמולים או אנייד כספי תגמולים לקרן אחרת. ידוע לי כי תשלום הסדר הביטוח נקבע בהתאם להכנסה הקובעת לפנסיות שארים ופנסיות נכות ושיעור הכיסוי הביטוחי כפי שמופיעים ברישומי הקרן ובהתאם לתקנון הקרן. ידוע לי כי הסדר הביטוח הינו בעבור הכיסויים הביטוחיים לפנסיות נכות ושארים בלבד ותשלום עלות הביטוח ינוכה מיתרת החיסכון הצבורה שעל שמי בקרן או בגבייה חודשית. 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. ידוע לי כי אם בתום תקופת הסדר הביטוח לא יחודשו הפקדות דמי גמולים לקרן הפנסיה מעמדי בקרן יהיה כמעמד של עמית לא מבוטח, על כל המשתמע מכך, והכל בהתאם לתקנון הקרן. ידוע לי כי אי חידוש דמי גמולים מיד בתום תקופת הסדר ביטוח עשויה לפגוע בזכויותי הפנסיוניות, לרבות ביטול הכיסוי הביטוחי. ידוע לי כי ככל שהוראה לחיוב חשבון לא תכובד בחודש הגביה כלשהו ומסיבה כלשהיא, ואף שבחירתי לשלם באמצעותה, הריני מורה לכם לנכות את עלות הביטוח ממרכיביתגמולי העובד בלבד שבסכום הצבור לזכותי, הן בגין התקופה בה הוראה לחיוב החשבון לא כובדה או שלא נתקבל תשלום בקרן מסיבה אחרת כלשהי והן בגין עלות הביטוח השוטפת מעתה ואילך. הריני מתחייב להודיע לאלטשולר 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. ידוע לי כי בתקופת הסדר הביטוח, החלק המבוטח הינו חלק השכר הקובע שבגינו אין זכאות לקצבת נכות ובהתאם להיקף הכיסוי הביטוחי אשר היה בטרם הפיכתי לנכה, בהתאם לתקנון הקרן. ידוע לי כי במידה וחלה הפחתה בדרגת הנכות שנקבעה לי ולגבי חלק השכר הקובע שהופחת, יחול הסדר הביטוח מהמועד בו החלה הפחתה וכי אהיה מבוטח לגבי חלק השכר הקובע שהופחתו בהתאם להיקף הכיסוי הביטוחי טרם הפיכתי לנכה, בהתאם לתקנון הקרן.

חתימת העמית/ה				
שם פרטי*	שם משפחה*	תעודת זהות*	תאריך לידה*	חתימה*

BNH7014_140618