

בקשה לביטול הוראת קבע

הנני מבקש בזאת לבטל את ההפקדות שהנני מפקיד באמצעות הוראת הקבע

שם עמית	מספר תעודת זהות	אינפיוניטי פנסיה מקיפה / אינפיוניטי פנסיה משלימה

מס' חשבון הבנק ממנו בוצעו ההפקדות:

בנק _____ סניף _____ מספר חשבון עו"ש _____ שם בעלי החשבון _____

החל מחודש _____ חתימת העמית _____ תאריך _____

בקשה להקפאה זמנית הוראת קבע

הנני מבקש בזאת להקפיא את ההפקדות שהנני מפקיד באמצעות הוראת הקבע

בקופת ☐ גמל להשקעה | ☐ גמל | ☐ קרן השתלמות

לתקופה שבין חודש החיוב: _____ ועד לחודש החיוב*: _____

* ניתן להקפיא לתקופה של מקסימום 6 חודשים

שם עמית	מספר תעודת זהות

מס' חשבון הבנק ממנו בוצעו ההפקדות:

בנק _____ סניף _____ מספר חשבון עו"ש _____ שם בעלי החשבון _____

החל מחודש _____ חתימת העמית _____ תאריך _____