

טופס בקשה לשמירת כיסוי ביטוחי בקרן הפנסיה

נא לסמן את קרן הפנסיה* (להלן: "קרן הפנסיה")

☐ אינפיניטי פנסיה מקיפה (מ.ה 14036)
☐ אינפיניטי פנסיה כללית (מ.ה 14044)

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 אפקיד 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 הרשאה לחיוב חשבון (יש לצרף טופס הרשאה 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

- 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.
- 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 אמשוך 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.
- ידוע לי כי תשלום הסדר הביטוח נקבע בהתאם להכנסה הקובעת לפנסיה שאירים ופנסיה נכות ושיעור הכיסוי הביטוחי כפי שמופיעים ברישומי הקרן ובהתאם לתקנון הקרן.
- ידוע לי כי הסדר הביטוח הינו בעבור הכיסויים הביטוחיים לפנסיה נכות ושאירים בלבד ותשלום עלות הביטוח ינוכה מיתרת החיסכון הצבורה שעל שמי בקרן או בגבייה חודשית בהתאם לבחירתי לעיל.
- 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 מבטח ולא פעיל 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 תכודר בחודש גביה כלשהו ומסיבה כלשהי ואף שבחרתי לשלם באמצעותה יופסק התשלום לשמירה על הכיסוי הביטוחי ותישלח הודעה בהתאם.
- הריני מתחייב להודיע לאינפיניטי השתלמות, 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 ומוסכם עליי 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.
- ידוע לי כי ארכת הביטוח הינה לתקופה של עד 5 חודשים ממועד ההפקדה האחרונה וזאת בהתאם לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל) תשע"ג - 2013 ובהתאם לתקנון הקרן.

יובהר כי תקופת הסדר הביטוח כוללת את תקופת ארכת הביטוח.

חתימת העמית/ה

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