



בקשה להפסקת תשלומים לתקופה מוגבלת או הפסקה לצמיתות (סילוק)
בפוליסה/ות ביטוח חיים (מנהלים) / תכניות פנסיה
(יציאה לחל"ת, חודשים ללא שכר, הפסקה בתשלומים בעקבות העברתם לתכנית פנסיונית אחרת)

טופס מספר **409**

| א. פרטי המבוטח והמעסיק | | | | | | | | | |
|------------------------|----------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות / ח"פ / ח"צ | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

אני הח"מ המעסיק והמבוטח שלעיל מבקש מכם לטפל בפוליסה/ות תכניות הרשומות, על-פי המסומן להלן:

| ב. פרטי הפוליסה/ות תכנית/ות | | |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|
| פוליסה / תכנית מספר | פוליסה / תכנית מספר | פוליסה / תכנית מספר |
| | | |

ג. בקשה להפסקת תשלומים לצמיתות (סילוק) (קוד מסמך 222)

☐ **סילוק / הפסקת תשלומים**

אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עליי ועל משפחתי:

1. אני מצהיר ומסכים בזאת כי ידוע לי שמעסיקי חדל מלהעביר את תשלומי הפרמיה / דמי גמולים / לפוליסה/ות ביטוח המנהלים בחברת הביטוח מגדל או לקרנות הפנסיה שבניהול מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ (כולן להלן "החברה") מהסיבה שלהלן:

☐ יציאתי לחופשה ללא תשלום (חל"ת) ו/או הפסקת תשלומים מוחלטת / סילוק מלא - תאריך ההפסקה / הסילוק: 01/____

☐ הודעתי למעסיקי להפסיק את תשלומי הפרמיות / דמי הגמולים החל מתאריך 01/____ לפוליסה/ות / תכנית/ות הפנסיה שעל שמי ולהעבירם לתכנית פנסיונית אחרת ובכך להפוך למבוטח לא פעיל בחברה.

2. אני מצהיר ומאשר בזאת כי עם חתימתי על כתב ויתור זה אין ולא תהייה לי כל דרישות ו/או טענות ו/או תביעות אחרות ו/או נוספות ו/או מכל מין וסוג שהוא נגד החברה על-פי הפוליסה/ות / התכנית/ות הנ"ל.

3. אני מצהיר בזאת כי ידוע לי, שיש בהפסקת התשלומים משום פגיעה בתנאי הסוציאליים על-פי הפוליסה / תנאי קרן הפנסיה ואני פוטר בזאת את החברה מכל אחריות ו/או חבות בגין אי תשלומי הפרמיה / דמי הגמולים.

4. ידוע לי כי במקרה של הפסקת תשלומים מוחלטת (סילוק מלא), כל הכיסויים הביטוחיים יתבטלו ובמקרה של סילוק חלקי הסכומים של הכיסויים הביטוחיים ייפגעו בהתאם.

5. ידוע לי, שבמידה ואבקש בעתיד לחדש את הכיסויים שבטלו, תידרש הסכמה של החברה. חידוש הפוליסה יתאפשר בפוליסה / תכנית קרן הפנסיה הקיימת או בפתיחת פוליסה חדשה/ תכנית קרן פנסיה חדשה, בתנאים שיהיו נהוגים ביום החידוש.

6. ידוע לי, שחידוש הפוליסה / התכנית יהיה כרוך בתהליך מחודש של הוכחת מצב בריאותי.

7. * אני מבין שכתוצאה מכך, הפרמיה עשויה להתייקר, זאת בנוסף להתייקרות שתהיה עקב היותי בגיל מבוגר יותר.

8. * במידה והפוליסה כוללת נספח למקרה נכות, הובא לידיעתי כי באפשרותי להמשיך ליהנות מכיסוי נכות על פי הנספח תמורת תשלום דמי ביטוח ובחירתי שלא לממש זכותי זו.

אני מאשר שידוע לי כי תפעלו על-פי בקשתי הנ"ל רק אם אחתום על כתב ויתור זה.

חתימת המבוטח

תאריך

* ביטוח חיים בלבד

(מהדורה 07.2020)



012224090102060720

עמוד **1** מתוך 2 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

ד. בקשה להפסקת תשלומים לתקופה מוגבלת (קוד מסמך 224)

1. עקב יציאתי לחופשה ללא תשלום (חל"ת), אני מצהיר ומסכים בזאת כי ידוע לי שמעסיקי חדל מלהעביר את תשלומי הפרמיה / דמי הגמולים בגין פוליסה/ות ביטוח המנהלים / תכנית/יות הפנסיה שעל שמי בחברת הביטוח מגדל ולקרנות הפנסיה שבניהול מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל (כולן להלן: "החברה").
☐ התחלת מועד הפסקת התשלומים: _____
2. תאריך גבייה מחודשת (תום מועד הפסקת התשלומים): _____
3. אני מצהיר ומאשר בזאת כי עם חתימתי על כתב ויתור זה אין ולא תהיינה לי כל דרישות ו/או טענות ו/או תביעות אחרות ו/או נוספות ו/או מכל מין וסוג שהוא נגד החברה, בגין אי-תשלום הפרמיה / דמי הגמולים לפוליסה/ות / לתכנית הפנסיה בתקופת ההפסקה.
4. אני מצהיר בזאת כי ידוע לי שבהפסקת התשלומים תיתכן פגיעה בכיסויי הביטוחיים ובתנאי הפוליסה ואני פוטר בזאת את החברה מכל אחריות ו/או חבות בגין אי תשלומי הפרמיה ודמי הגמולים לפוליסה/ות / לתוכנית הפנסיה בתקופת ההפסקה. עלות הריסק בגין התקופה הרשומה לעיל בה הייתי/ הנני בכיסוי ביטוחי תשלום כחלק בלתי נפרד מחתימה על מסמך זה.
4. ** ידוע לי כי זכאותי לפנסיה נכות ושאינם נשמרת לתקופה של 5 חודשים מחודש התשלום האחרון לקרן (להלן "תקופת שמירה על כיסוי ביטוחי") וכי דמי הסיכון (עלות הריסק) בתקופת השמירה על הכיסוי הביטוחי, ינוכו מיתרת הזכאות הצבורה הרשומה על שמי בקרן, אלא אם אודיע בכתב לקרן, על רצוני להפסיק את תשלום דמי הסיכון וההפסקה תיכנס לתוקף תוך 21 ימים לאחר קבלת הודעתי, כאמור. ידוע לי כי לאחר תקופת השמירה על הכיסויי הביטוחיים, תבוטל זכאותי לפנסיה נכות ושאינם, אלא אם אודיע לקרן על בקשתי להאריך את תקופת הכיסוי הביטוחי לתקופה נוספת שלא תעלה על תקופת החברות הרצופה האחרונה (ובכל מקרה לא יותר מ- 24 חודשים). ידוע לי כי במקרה של חידוש תשלומים לאחר שתסתיים תקופת השמירה על הכיסוי הביטוחי, תימנה לגבי תקופת אכשרה חדשה בת 5 שנים למקרה נכות או פטירה שהינם תוצאה של מצב רפואי קיים לפני מועד החידוש. כמו כן, ידוע לי כי במקרה של חידוש תשלומים לאחר תקופת הפסקה העולה על 12 חודשים, יחושבו הכיסויים הביטוחיים לפי גילי במועד חידוש התשלומים.
5. בפוליסות ביטוח חיים בלבד (למעט פוליסות קלאסיות) ככל שקיימות יתרות צבורות לזכותי בחברתכם מתוך היתרה הצבורה, הריני לאשר קיזוז חוב ככל שעל פי הוראות הדין והתנאים הכלליים של הפוליסה שברשותי עומדת לחברתכם האפשרות לעשות כן.
אני מאשר שידוע לי כי תפעלו על-פי בקשתי להפסקת התשלומים רק אם אחתום על כתב ויתור זה.

חתימת
המבוטח ★

תאריך

** פנסיה בלבד



012224090202060720

עמוד 2 מתוך 2 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ