בקשה להפסקת שמירת זכויות במקרה של אי תשלום דמי גמולים בקרנות הפנסיה הראל פנסיה והראל פנסיה כללית

הראל
ביטוח ופיננסים

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

את הטופס יש לשלוח למשרדי החברה באמצעות כתובת מייל: hokpension@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

א פרטי העמית

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.

ב מידע לעמית

שים לב:

- ויתור על ארכת ביטוח ו/או על הסדר ביטוח בקרן, כמפורט בבקשה זו, יבטל את הכיסוי הביטוחי למקרה נכות ופטירה הקיים בחשבונך בקרן הפנסיה לאלתר ובהיעדר הפקדות לקרן בחודש העוקב למועד הביטול לא יהיה לך כיסוי ביטוחי בקרן.
- ויתור כאמור עשוי להשפיע על זכויותייך בקרן הפנסיה גם בעתיד.
- יתרת הכספים שנותרה בקרן הפנסיה תנוהל בהתאם לתקנון הקרן ולהוראות הדין.
- **פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ, הראל פנסיה וגמל בע"מ והחברות המנהלות של הפנסיה והגמל ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB.

ג בקשה להפסקת שמירת זכויות בקרן הפנסיה

☐ הראל פנסיה ☐ הראל פנסיה כללית

יש לסמן את האפשרות המתאימה

(ככל שלא תסמן את האפשרות המתאימה, שמירת הזכויות תבוטל בכל קרנות הפנסיה החדשות שעל שמך בהראל)

☐ הנני מבקש לבטל את "ארכת הביטוח"* ומודע להשלכות שיהיו לכך על הזכויות הפנסיוניות והביטוחיות שלי בקרן וכן זכויות שאריי בהתאם להוראות הדין ותקנון הקרן.

☐ הנני מבקש לבטל את הסדר הביטוח"** ומודע להשלכות שיהיו לכך על הזכויות הפנסיוניות והביטוחיות שלי בקרן וכן זכויות שאריי בהתאם להוראות הדין ותקנון הקרן.

תאריך: ..... חתימת העמית: .....

*תקופה של חמישה חודשים מלאים ורצופים במהלכה נשמר הכיסוי הביטוחי לעמית שחדל להיות עמית פעיל בקרן. דמי הביטוח בעד ארכת הביטוח נגבים מתוך רכיב התגמולים ביתרתו הצבורה של העמית או על ידי הפקדה לקרן בגובה דמי הביטוח.
**תקופה של 24 חודשים רצופים (כולל תקופת ארכת הביטוח) או תקופת הביטוח הרציפה האחרונה בקרן (הקצרה מבניהן) במהלכה נשמר הכיסוי הביטוחי לעמית שחדל להיות עמית פעיל בקרן. דמי הביטוח בעד הסדר הביטוח נגבים מתוך רכיב התגמולים ביתרתו הצבורה של העמית או על ידי הפקדה לקרן בגובה דמי הביטוח.

סטודיו הראל 51305.78 04/2026