

טופס בקשה לניכוי סכום בגובה עלות הכיסוי לסיכוני נכות ושאיירים לשמירת היקף הכיסוי טרום הפחתת שכר

יש להחזיר את הטופס החתום לכתובת הדואר האלקטרוני: risk@menoramivt.co.il אנא ציין/י בנושא הדוא"ל את תעודת הזהות שלך

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות/דרכון*

פרטי התקשרות

טלפון נייד*	טלפון קווי	כתובת דוא"ל
ייעוץ*	רחוב*	מס' בית*
מיקוד	דירה	ת.ד.

הסעיפים המסומנים בכוכבית (*) הם חובה

בקשת העמית

כעמית/ה מבוטח/ת בקרן הפנסיה "מנורה מבטחים פנסיה"/"מנורה מבטחים משלימה" (להלן: הקרן) שבניהולה של מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ (להלן: ממפ"ג) אני מבקש/ת מכם לשמור על היקף הכיסוי הביטוחי שלי בקרן ברמה שבו הוא היה לפני שהופחת שכרי המבוטח בקרן.

ברור לי שגובה הסכום שיידרש כדי לשמור על היקף הכיסוי הביטוחי שלי ישתנה מדי חודש, והוא תלוי בגובה השכר המבוטח שבגינו ממשיך מעסיקי להפקיד לקרן הפנסיה, ובגובה השכר הקובע שהיה לפי לפני שהופחת השכר בשל התפרצות נגיף הקורונה.

אני מבקש/ת לשלם את עלות הכיסוי כאמור בדרך הבאה:

☐ ניכוי מתוך רכיב תגמולים שביתרה הצבורה העומדת לזכותי בקרן

☐ תשלום באמצעות הרשאה לחיוב חשבון הבנק שלי, לטובת טופס מתאים אנא פנה/י לכתובת הדואר האלקטרוני: Pensia@menoramivt.co.il או למס' הטלפון 2000*.

אני מצהיר בזאת:

- ידוע לי כי הסדר האמור יחול למשך 12 חודשים או לתקופה בה הופחת שכר המבוטח בקרן הפנסיה, המוקדם מבין השניים.
- ידוע לי כי בסיום ההסדר הנ"ל, היקף הכיסוי הביטוחי ייקבע על בסיס דמי גמולים שיופקדו בפועל על ידי המעסיק ו/או על ידי כעמית עצמאי.
- הנני מאשר/ת כי ההסדר האמור יחול על כל קרנות הפנסיה על שמי בניהול ממפ"ג.

תאריך	חתימה