

בקשה לשמירת כיסוי ביטוחי בשל הפחתת שכר מבוטח בקרן הפנסיה

(בהתאם לתקנה 4 לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל) (נגיף הקורונה החדש) (הוראת שעה), (התש"ף-2020) (להלן: "התקנות")

נא למלא את כל השדות בטופס.

א. פרטים אישיים

| שם משפחה | שם פרטי | מספר תעודת זהות |
|----------|---------|-----------------|
| | | |

| טלפון נייד | כתובת דואר אלקטרוני |
|------------|---------------------|
| | |

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

אמצעני דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454.

אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי איני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

איני מאשר.

תאריך: _____ חתימה: _____

ב. בקשת העמית/ה

הריני להודיעכם כי החל מחודש _____ הופחת שכרי המבוטח' בשיעור של _____%.

אבקש לשמור על היקף הכיסויים הביטוחיים שהיו בקרן הפנסיה ערב הפחתת השכר המבוטח, למשך תקופת הפחתת השכר המבוטח ולא יותר מ-12 חודשים, באמצעות ניכוי מהיתרה הצבורה, ככל שיידרש.

ידוע לי, כי באפשרותי להגיש בקשה זו רק ביחס להפחתת שכר בשיעור של 20% לפחות, שבוצעה בחודש פברואר 2020 או אחריו וזאת עד ליום 31.12.2020. כמו כן, ידוע לי כי באפשרותי להגיש בקשה זו, בתוך שלושה חודשים ממועד הפחתה בלבד.

ידוע לי, כי ככל שיתברר כי שיעור הפחתת השכר המבוטח היה נמוך מ-20% הכיסוי הביטוחי יהיה בהתאם לשכר המבוטח המופחת.

נא לשלוח טופס זה חתום ומלא לכתובת הדוא"ל: yipyuyashir@clal-ins.co.il

תאריך: _____ חתימת העמית/ה: _____

1 שכר מבוטח כהגדרתו בתקנון קרן הפנסיה: "שכר מבוטח" -

(א) לגבי עמית שכיר - חלוקה של דמי הגמולים ששולמו למרכיב התגמולים בעד העמית לקרן בשל חודש מסוים, בשיעור ההפקדות למרכיב התגמולים באותו החודש, ובכל מקרה בשיעור שלא יפחת מ-12.5% אף אם שיעור ההפקדות למרכיב התגמולים בפועל נמוך יותר.

(ב) לגבי עמית עצמאי - חלוקה של דמי הגמולים ששילם העמית לקרן בשל חודש מסוים ב-16% אלא אם הוכיח העמית לחברה המנהלת באמצעות אסמכתא רשמית כי שיעור ההפקדה שונה מ-16%, ובכל מקרה בשיעור שלא יפחת מ-12.5% אף אם שיעור ההפקדות למרכיב התגמולים בפועל נמוך יותר. עדכון השכר המבוטח יעשה החל מהמועד שבו הוכיח העמית לחברה המנהלת כי שיעור ההפקדה שונה מ-16% כאמור.

(ג) לגבי עמית שמשולמים על ידו או בשלו תשלומים מיותר ממקור הפרשה אחד - השכר המבוטח המצרפי מכל אחד ממקורות הפרשה, שחושב לפי פסקאות (א) או (ב) לפי העניין.

