

**בקשה לביטול כיסוי ביטוח לקיצבת שאירים**  
**לעובדים המבוטחים בקרן פנסיה**

**טופס זה מיועד לרווק/ה, גרוש/ה או אלמן/ה ללא ילדים הצעירים מגיל 21**

שם מלא: \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טל. נייד \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

מבוטח בקרן פנסיה \_\_\_\_\_

אבקשכם לבטל כיסוי ביטוח קיצבת שאירים.

ידוע לי שאם ישתנה מצבי המשפחתי, עלי להודיע על-כך מיידית לקרן הפנסיה.  
כמו-כן, ידוע לי שאם במצבי המשפחתי לא יחול שינוי בתום שנתיים ממועד  
חתימתי על ההסכם, עלי לחדש בקשה זו.

מצ"ב צילום **עדכני** של תעודת הזהות שלי.

\_\_\_\_\_ חתימת העמית/ה

\_\_\_\_\_ תאריך