

יש למלא את הטופס ולהחזירו לכתובת המייל:
scan-life@hcsra-ins.co.il

לכבוד:
הכשרה חברה לביטוח בע"מ

שחרור כספי פיצויים לטובת קבלת קצבה חודשית למבוטח שממשיך לעבוד

שם העובד	מספר תעודת זהות	מספר פוליסה/ות

הצהרת המבוטח:

הנני מאשר בזאת קבלת קצבה חודשית מצבירת כספי הפיצויים מהפוליסה/ות המפורטות לעיל.
ידוע לי כי בחירתי זו שוללת את זכאותי בעתיד למשיכת כספי הפיצויים כסכום הוני ו/או לשנות את בחירתי
לאחר קבלת הקצבה החודשית.

תאריך: _____ חתימת מבוטח: _____

הצהרת המעסיק:

הריני מאשר להכשרה חברה לביטוח בע"מ, שחרור כספי הפיצויים לטובת קבלת קצבה חודשית בפוליסה/ות
שעל שמו.
ידוע לי כי כספי פיצויים הוניים לא יומרו לקצבה ולא ישוחררו לעובד לפני סיום עבודתו אצלי.

המשך הפקדות בפוליסה/ות? כן / לא

תאריך _____ שם המעסיק _____ חתימה וחותמת המעסיק _____