



שם המבוטח	מספר זהות
מספר תכנית	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הצהרת בריאות - מסלול ביטוח לבן נבחר עם מוגבלות (8)

טופס מספר 491

אני החתום מטה: שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____
בחרתי במסלול הכולל כיסוי ביטוחי לבן נבחר עם מוגבלות שפרטיו להלן:

א. פרטי בן נבחר עם מוגבלות				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> זכר

מצ"ב תצלום ספח תעודת הזהות ובו פרטי הילד

'מסלול ביטוח בן נבחר עם מוגבלות', כהגדרתו בתקנון, הינו ילדו של עמית מבוטח, שאינו מסוגל לכלכל את עצמו ואין לו הכנסה כדי מחייתו כאמור, והעמית המבוטח או הפנסיונר רכש בשלו זכות לקצבה. לעניין זה לא יראו כהכנסה כדי מחייתו קצבת נכות כללית או קצבת זקנה של המוסד לביטוח לאומי.

ב. הצהרת העמית לגבי מצב בריאותו של הבן הנבחר עם מוגבלות		
נא לפרט	השאלה	
	1. המחלה / מום / נכות, מהם סובל הילד נא לצרף אישור רופא מטפל או מומחה ביחס למחלה / מום / נכות מהם סובל הילד.	
אם התשובה חיובית, נא לפרט	כן	לא
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. האם נקבעה לילד, על ידי מוסד רשמי נכות כלשהי, או הוגשה בקשה אשר הדיון בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור. אם התשובה חיובית, יש לפרט את שיעור הנכות ולצרף את ההחלטה האחרונה בעניין, מהגורם המאשר.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. האם הילד מטופל / שוהה במוסד טיפולי כלשהו	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

אני החתום מטה מצהיר בזה שכל התשובות שמסרתי הן נכונות ומלאות. כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף מותנית באישור החברה המנהלת. אני מתחייב להודיעכם על כל שינוי באחד מהפרטים המפורטים לעיל בסמוך לשינוי.
ידוע לי כי זכויותי וזכויות שאיריי נקבעות בהתאם לתקנון הקרן כפי שהוא מעת לעת (להלן: **התקנון**), ואין באמור בהצהרה זו כדי להפחית מהתנאים הקבועים בתקנון לכל דבר ועניין.

ידוע לי כי כל התשובות שציינתי הן מהותיות לצורך החלת מסלול 'מסלול ביטוח בן נבחר עם מוגבלות' וידוע לי כי החברה המנהלת תהא רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בהתאם למסלול זה, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי כאמור. כמו כן, ידוע לי כי הצהרה זו הינה לצורך בחירת המסלול וכי אין בה כדי לגרוע מהקרן לערוך בדיקות בדבר נכונות הפרטים על פי שיקול דעתה וכן לערוך בדיקות לזכאות בן עם מוגבלות בעת קרות אירוע המזכה בקצבת שאירים.

הודעה והסכמה לשמירה ושימוש בנתונים

אני מאשר בזאת שהמידע שנמסר על ידי לקבוצת מגדל, נמסר מרצוני ובהסכמתי וכי ידוע לי כי המידע והנתונים שמסרתי ואמסור וכל עדכון שלהם, בין שנמסר על-ידי או מי מטעמי ובין שהגיע לקבוצת מגדל באופן אחר, יישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה המנהלת ו/או במאגרי מידע של קבוצת מגדל ו/או גורם מטעמם.
אני מסכים כי המידע האמור ישמש את קבוצת מגדל ו/או גורם מטעמה לצורך פעילותה.
קבוצת מגדל בבקשה זו משמעה - מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ וכן כל גוף ו/או חברה הנשלטת על ידה, במישרין או בעקיפין.

ולראיה באתי על החתום:

★ חתימת העמית

תאריך

(מחזור 07.2018)



019894910101040718

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 989 | לשימוש פנימי: סמן X חב 1 חב 7