

שם המבוטח	מספר זהות
מספר תוכנית	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

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"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה				

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	
		□	□	2. האם נקבעה לילד, על ידי מוסד רשמי נכות כלשהי, או הוגשה בקשה אשר הדין בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור. אם התשובה חיובית, יש לפרט את שיעור הנכות ולצרף את ההחלטה האחרונה בעניין, מהגורם המאשר.
		□	□	3. האם הילד מטופל / שוהה במוסד טיפולי כלשהו

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 שציניתי 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 לזכאותו בן עם מוגבלות בעת קרות אירוע המזכה בקצבת שאירים.

הודעה והסכמה לשמירה ושימוש בתנאים

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

