

**בקשה לתמיכה עקב נסיבות מיוחדות הנובעות ממצב רפואי של העמית או בני משפחתו**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מצהיר/ה ומאשר/ת כדלקמן:

1. למיטב ידיעתי, השלמתי תקופת ותק בת 6 שנים ממועד ההפקדה הראשון שלי בקרן.
  2. בקשתי נובעת ממצב רפואי של (יש להקיף בעיגול):
    - א. שלי.
    - ב. של בן משפחתי בדרגה ראשונה (הורי העמית, ילדי העמית ובן/בת זוג).
  3. אני נדרש למשוך את הכספים שנצברו בקרן עקב (יש להקיף בעיגול בצרוף אסמכתאות תומכות):
    - א. הוצאות רפואיות חורגות.
    - ב. היווצרות קשיי מחיה, לרבות עקב רכישת תרופות במימון עצמי.
    - ג. טיפולי שיניים מרובים ו/או יקרים (בצרוף קבלות).
    - ד. טיפולי פוריות.
    - ה. נכות רפואית תפקודית המגבילה תפקוד יומיומי וכושר השתכרות באופן משמעותי, לרבות מצב סעודי.
    - ו. מצב רפואי קשה וחריג אחר: \_\_\_\_\_.
  4. אני מצהיר/ה כי זהו שמי וזו חתימתי ותוכן תצהירי דלעיל (כולל המסמכים המצורפים בזאת) אמת.

\_\_\_\_\_

תאריך	שם ושם משפחה	חתימה
-------	--------------	-------

תב012016

כתובת למשלוח דואר: הבנק הבינלאומי-מחלקת קופות גמל/קרנות השתלמות למורים

ת.ד 8224 ת"א 6108102 טל: 03-7706060 פקס: 03-5155651