

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת			
שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה	מספר החשבון של העמית בקרן
אלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ	אלטשולר שחם קרן פנסיה כללית	1329	

פרטי העמית					
שם פרטי*		שם משפחה*		מספר זהות*	
יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

פרטי בעל רישיון				
שם פרטי	שם משפחה	מספר בעל רישיון	מספר סוכן בחברה	שם סוכנות

מסלולי הביטוח בקרן פנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה.

מסלול ביטוח בקרן

לתשומת ליבך! הגדלת שיעור הכיסוי הביטוחי, רכישת חלק מהכיסויים הביטוחיים הנוספים ודחיית גיל תום תקופת הביטוח מחייב תקופת אכשרה בהתאם לתקנון הקרן.

שם מסלול הביטוח	גיל תום תקופת ביטוח
<input type="checkbox"/> מסלול יסוד - מסלול לפנסיות זקנה בלבד, ללא כיסויים ביטוחיים לנכות ולשאירים	
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (להלן - מסלול ברירת המחדל)	
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה)	
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו-40% לשאירים	
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה)	
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-40% לשאירים	
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-60% לשאירים	
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה)	<input type="checkbox"/> 60

כיסויים נוספים

קצבת נכות כפולה

עמית המבוטח בכיסוי זה יהא מבוטח בכיסוי ביטוחי נוסף לתשלום קצבת נכות בשיעור כפול במהלך שני חודשי הקצבה הראשונים
 הנני מבקש לרכוש כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה (עלות הכיסוי הנוסף תיקבע בהתאם לתקנון קרן הפנסיה)
 הנני מבקש לבטל את הכיסוי ביטוחי לנכות כפולה

קצבת נכות מתפתחת

עמית המבוטח בכיסוי זה יהא זכאי להגדלת קצבת הנכות המשולמת בשיעור שנתי של 2%
 הנני מבקש לרכוש כיסוי ביטוחי לקבלת נכות מתפתחת (עלות הכיסוי הנוסף תיקבע בהתאם לתקנון קרן הפנסיה)
 הנני מבקש לבטל את בקשתי לכיסוי קצבת נכות מתפתחת

כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60)

במידה והינך מוותר על הכיסוי, יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח

הנני מבקש לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות לבן/בת הזוג בלבד. אין לי בן/בת זוג אך יש לי ילד שגילו פחות מ-21.
 הנני מבקש לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות לבן/בת זוג וילדים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.
 הנני מבקש להוסיף כיסוי ביטוחי למקרה מוות לבן/בת הזוג וילדים.

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי למקרה מוות שוויתרתי עליו כמפורט לעיל, ויונכו דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה.

ידוע לי כי אם יחול שינוי במצבי המשפחתי במהלך השנתיים ממועד אישור הבקשה, באפשרותי להודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין לחדש כיסוי ביטוחי זה.

לידיעתך! על עמית שוויתר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות עבור שאירים או לבן זוג תחול תקופת אכשרה בתום תקופת הוויתור. באפשרותך לרכוש כיסוי לביטול תקופת האכשרה

הנני מבקש לרכוש כיסוי לביטול תקופת אכשרה במקרה של הגדלת הכיסוי הביטוחי לבן/ בת זוג וילדים.
 הנני מבקש לבטל את הכיסוי לביטול תקופת אכשרה במקרה של הגדלת הכיסוי הביטוחי לבן/ בת זוג וילדים.

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן / בת זוג של העמית בהתאם לתקנון הקרן.

שים לב! אם טרם מלאו לך 60 ואתה מעוניין לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכויי נכות ולמקרה מוות לבן/בת זוג וילדים באפשרותך לבחור במסלול ביטוח יסוד.

ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60)

במידה והנך מוותר על הכיסוי, יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח.
 הנני למעלה מ-60 ומבקש לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכונים נכות.
 הנני למעלה מ-60 ומבקש להוסיף כיסוי ביטוחי לסיכונים נכות.
 הנני למעלה מ-60 ומבקש לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות לבן/בת זוג וילדים.
 הנני למעלה מ-60 ומבקש להוסיף כיסוי ביטוחי למקרה מוות לבן/בת זוג וילדים.
 לידיעתך! הוספת כיסוי ביטוחי לסיכונים נכות ו/או למקרה מוות לבן/בת זוג וילדים תביא להרחבה של היקף הכיסוי הביטוחי שלך בקרן, וכתוצאה מכך תחול תקופת אכשרה בקרן לגבי החלק בכיסוי הביטוחי שהורחב, בכפוף לתקנון הקרן.

רשימת מסמכים מצורפים

תעודת זהות כולל ספח או תעודת זהות ביומטרית, יש להעביר צילום של שני הצדדים (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי).
 הצהרת בריאות נדרש במעבר ממסלול ביטוח יסוד למסלול ביטוחי אחר.

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים ו/או במסגרת הצטרפות למוצרי החברה, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי. המידע שיימסר על ידי ו/או ייצבר אודותיי יישמר במאגרי המידע של החברה והמטרות שלשמן מבוקש המידע הן ניהול, שירות ותפעול, לרבות עיבוד והפקת מידע הקיים במערכות ביחס לחשבונותיי בחברה המנהלת, וזאת לצרכים תפעוליים, שיווקיים וסטטיסטיים, דיור ישיר ומסירת המידע לצדדים שלישיים, והכל לצורך מימוש המטרות לדעלי או על פי דין ובכפוף להוראות הדין.

אני מסכים/ה לקבל מהחברה, ומחברות בקבוצה בה מנוייה החברה, הודעות שיווקיות דברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון, הודעות פקס, מערכת חיוג אוטומטית או כל אמצעי אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.
 כמו כן ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות דברי פרסומת, באפשרותי לפנות בכל עת לחברה בכתב לכתובת דוא"ל Sherut@altshul.co.il או לכתובת החברה: רחוב הברזל 19א', תל-אביב 6971026 או באופן בו שוגרה הפנייה.
 חתימה _____

אני מסכים כי החברה תהא רשאית לשלוח אלי הודעות ומסמכים מטעם החברה באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון) במקום באמצעות הדואר.

לידיעתך! אם לא תבחר מאחד מהאמצעים המפורטים לעיל, יישלחו אליך הודעות ומסמכים כפי שנקבע בהוראות הדין.
 חתימה _____

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.as-invest.co.il

חתימת העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	תעודת זהות*	תאריך*	חתימה*
				א

חתימה של בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	תאריך	חתימה
			א

