

הצהרת בריאות - מסלול ביטוח לבן נבחר עם מוגבלות

אני החתום/ה מטה: שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר זהות: _____

בחרתי במסלול הכולל כיסוי ביטוחי לבן/ת נבחר/ת עם מוגבלות שפרטיו/ה להלן:

א. פרטי ילדים נבחרים עם מוגבלות

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ

'מסלול ביטוח לבן נבחר עם מוגבלות', כהגדרתו בתקנון, הינם הילדים של עמיתים מבוטחים, שאינם מסוגלים לכלכל את עצמם ואין להם הכנסה כדי מחייתם במועד פטירת העמיתים או פנסיונרים וכל עוד אינם מסוגלים לכלכל את עצמם ואין להם הכנסה כדי מחייתם כאמור, והעמיתים המבוטחים או הפנסיונרים רכשו בשלהם זכות לקצבה. לעניין זה לא יראו הכנסה כדי מחייתם קצבת נכות כללית של המוסד לביטוח לאומי או קצבת זקנה של המוסד לביטוח לאומי.

ב. הצהרת העמית/ה לגבי מצב בריאותו/ה של הבן/בת הנבחר/ת עם מוגבלות

נא לפרט		השאלה	
		1. מחלה/מום/נכות, מהם סובלים הילדים נא לצרף אישור רופא/ה מטפל/ת או מומחה ביחס למחלה/מום/ נכות מהם סובלים הילדים.	
אם התשובה חיובית, נא לפרט	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם נקבעה לילד/ה, 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"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. האם הילדים מטופלים / שוהים במוסד טיפולי כלשהו	

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה שכל התשובות שמסרתי הן נכונות ומלאות. כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף מותנית באישור החברה המנהלת. אני מתחייב/ת 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 התשובות שציינתי הנן מהותיות לצורך החלת 'מסלול ביטוח לבן/ת נבחר/ת 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 לגרום מהקרן לערוך בדיקות בדבר נכונות הפרטים על פי שיקול דעתה וכן לערוך בדיקות לזכאות לבן/בת עם מוגבלות בעת קרות אירוע המזכה בקצבת שאירים.

הודעה והסכמה לשימוש בנתונים

אני מאשר/ת בזאת שהמידע שנמסר על ידי לקבוצת מור, נמסר מרצוני ובהסכמתי וכי ידוע לי כי המידע והנתונים שמסרתי ואמסור וכל עדכון שלהם, בין שנמסר על ידי או מי מטעמי ובין שהגיע למור באופן אחר, יישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה המנהלת ו/או במאגרי מידע של מור ו/או גורם מטעמם.

אני מסכים/ה כי המידע האמור ישמש את מור גמל ופנסיה ו/או גורם מטעמה לצורך פעילותה. מור בבקשה זו משמעה מור קופות גמל ופנסיה בע"מ וכן כל גוף ו/או חברה הנשלטת על ידה, במישרין או בעקיפין.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך	חתימת העמית/ה
	X

צרופות:

צילום ת.ז של ההורה +ספח ילדים ובו מופיע פרטי הילד/ה