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