





**אלטסולר שחם**  
ג'מ"ל ופנסיה בע"מ  
להדש. לשנות. להצליח.

להלן - "החברה המנהלת"

## בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה (המשך)

**(ו) מוטבים** (ידוע לי כי זכותי לשנות ולעדכן את הוראת המוטבים בהתאם להנחיית החברה)

באין שאירים זכאים לפנסיה במקרה של פטירה ובכפוף להוראות תקנון הקרן, הנני מורה לכם בזאת לשלם לאחר פטירתי את חלקי בנכסי הקרן ואת כספי הביטוח (ככל שנערך, למעט כספי פיצויים שישולמו בהתאם להוראות הדין) למוטבים המפורטים להלן. רשמתי לפני את הודעת הקרן לפיה עד שלא יימסרו על ידי פרטי המוטבים, תנהג הקרן כאילו לא מונו על ידי מוטבים. לא מונו על ידי מוטבים ישולמו הכספים ליורשי על פי דין או על פי צו קיום צוואה. במקרה ולא מפורטים חלקם של המוטבים, יחולקו הכספים באופן שווה ביניהם.

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מס' תעודת זהות	החלק באחוזים
				%
				%
				%
				%

### (ז) שאלון הצהרה על מצב בריאות (למצטרפים לקרן הפנסיה המקיפה בלבד)

השאלות	כן	לא	פירוט/הערות
1. האם נקבעה לך על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, או גורם מוסמך אחר נכות כלשהי, או הוגשה מטעמך בקשה אשר הדין בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור.			
2. האם אושפזת בבית חולים עקב מחלה או תאונה, או ניתוח במהלך חמש השנים האחרונות.			
3. התגלו אצלי בעבר ובהווה אחת מהמחלות הבאות: לב וכלי דם, לחץ דם גבוה, מחלות ממאירות, סוכרת, כבד, מחלות ריאה, דרכי נשימה, עצבים, הפרעות נפשיות או מחלות והפרעות כרוניות אחרות.			
4. האם אתה חולה איידס או ו/או נושא נגיפי HIV.			
5. האם הנך מעשן/נוהג לעשן.			כמות סיגריות/סיגרים ביום _____
6. האם אתה צורך/צרכת משקאות חריפים באופן קבוע.			סוג המשקה _____ כמות שבועית _____ ליטרים
7. האם אתה צורך/צרכת סמים.			החל משנת _____ ועד שנת _____ צרכת את הסמים. סוג הסמים שצרכת היה _____
8. האם התגלו/קיימים אצלך בעבר/בהווה שיתוקים, מחלות ניווניות, שבץ מוחי, מומים.			
9. האם הנך נוטל/נטלת בשלוש שנים האחרונות תרופות באופן קבוע.			שם התרופה/ות _____
גובה _____ ס"מ	משקל _____ ק"ג	שם קופת החולים _____	שם רופא מטפל _____

אני בכושר מלא לעבודה ולא הייתי בלתי כשיר/ה לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים.

הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתם הם מלאים, נכונים ומדויקים. ברור לי כי ככל שיתברר כי הפרטים שמסרתם בהצהרה זו, כולם או חלקם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסיה נכות ושאיני לא יהיו זכאים לפנסיה שאירים, ככל שהנכות או הפטירה, לפי העניין, אירעו כתוצאה ממצבי הבריאותי, שעליו לא דיווחתי כנדרש, דיווח מלא, נכון ומדויק.

### (ח) ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזאת לאלטסולר שחם גמל ופנסיה בע"מ ו/או למי מטעמה הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף לרבות גוף ציבורי כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, לרבות למוסד לביטוח לאומי או רשויות המס או משרד הביטחון, ו/או למעסיקי ו/או לכל מוסד רפואי בארץ לרבות עובדיו, רופאיו וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופות חולים, בתי חולים כללים או פסיכיאטרים או שיקומיים על כל עובדיהם ו/או רופאיהם בכל מחלקותיהם וסניפיהם, כדי לקבל את כל הפרטים המצויים בידם ללא יוצא מן הכלל, ובכלל זה כל מידע על מצבי הבריאותי ו/או בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הכלכלי ו/או השיקומי, לרבות בכל עניין הקשור לעבודתי ו/או כל מידע נדרש אחר בנוגע למצבי ו/או מחלותי ו/או זכאותי לאחוזי נכות, בכל זמן שהוא בהווה ו/או בעבר. הריני משחרר בזה כל גוף הנזכר לעיל מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למסירת מידע כאמור, ומתיר להם בזאת ליתן לכם את המידע כמפורט לעיל. עם חתימתי על כתב ויתור זה, הריני מצהיר כי לא תהייה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי המוסדות הנ"ל או עובדיהם או נותני השירות שלהם או מטעמם, בקשר למסירת מידע כאמור. האמור בכתב ויתור זה מחייב גם את עזבוני ו/או שאירי ו/או מוטבי ו/או באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומם, בכפוף לתקנון הקרן. חתימתי על כתב ויתור זה נעשתה מרצוני החופשי ולאחר שהבנתי את האמור בו.

שם משפחה	שם פרטי	תאריך	חתימת העמית
		/ /	X

### (ט) הצהרת הסוכן

יידעתי את הלקוח בדבר היותי בעל רישיון סוכן פנסיוני/סוכן ביטוח וכן על זיקתי לקרן הפנסיה של החברה המנהלת לאור זכאותי לקבלת טובת הנאה מהחברה המנהלת בגין הצטרפותו של העמית לקרן הפנסיה שבניהולה של החברה המנהלת. הנני מאשר בזאת כי הלקוח הנ"ל חתם בפניי על בקשת הצטרפותו זו.

שם הסוכן	מס' רישיון	תאריך	חתימה
		/ /	

### (י) הצהרת נציג הקרן

פרטי הזיהוי של העמית ושל פותח החשבון  אומתו  זוהו, עפ"י צילום  ת"ז  אחר  שעותק שלהם מצורף לטופס זה.

נציג הקרן \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימת נציג הקרן \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ / /