

בקשה לשינוי מסלול אלטשולר שחם פנסיה מקיפה - להלן "הקרן"

1. פרטי העמית

מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ז / נ	ר / נ / א / ג
מען העמית: רחוב		מס' בית	ישוב	מיקוד	
מס' טלפון בבית		מס' טלפון נייד		כתובת דוא"ל	

אני הח"מ, אשר פרטי מפורטים לעיל, מבקש בזאת לשנות את מסלול הפנסיה אליו הצטרפתי לפי הפרטים המפורטים להלן בבקשתי זו.

מסלול הנוכחי בקרן (נא לסמן בעיגול שם המסלול הנוכחי):

מסלול עתיר חסכון / מסלול כללי / מסלול עתיר נכות / מסלול עתיר נכות ושאיירים לפרישה בגיל 60 / מסלול עתיר נכות ושאיירים

2. בחירת מסלול פנסיה - ניתן לבחור באחד מבין 5 מסלולי פנסיה:

בהתאם לתקנון הקרן ניתן לשנות מסלול הפנסיה עד גיל 55 (בהסכמת הקרן).

הבחירה תעשה באמצעות סימון המסלול המבוקש במקום המיועד לכך בטבלה. ידוע לי כי הקרן תהיה רשאית שלא לקבל את

בקשתי לשינוי מסלול ובמקרה כאמור תודיע לי על כך בכתב ולא תוענקה לי זכויות כלשהן בקשר עם בקשתי זו.

שינוי המסלול ייכנס לתוקף ביום ה-1 לחודש שלאחר החודש במהלכו אישרה הקרן את בקשת העמית.

מומלץ להתייעץ עם יועץ / משווק פנסיוני בטרם קבלת החלטה.

מס' ד	סמן ✓ לבחירה	מסלול	תיאור המסלול (אין באמור כדי להחליף את האמור בתקנון הקרן)
1		מסלול עתיר חסכון	פנסיית נכות ושאיירים בשיעורים נמוכים יחסית למסלול הכללי וכן, זכאות לפנסיית זקנה הגבוהה יחסית למסלול הכללי
2		מסלול כללי	פנסיית שאיירים ונכות בגובה מקורב לפנסיית הזקנה הצפויה
3		מסלול עתיר נכות	פנסיית נכות בשיעור גבוה יחסית למסלול הכללי (75% ההכנסה הקובעת) וכן, פנסיית שאיירים בשיעור זהה לזה הניתן במסלול הכללי וכן, זכאות לפנסיית זקנה בשיעור נמוך יחסית למסלול הכללי
4		מסלול עתיר נכות ושאיירים לפרישה בגיל 60	פנסיית נכות ושאיירים בשיעור גבוה יחסית למסלול הכללי וכן, זכאות לפנסיית זקנה בשיעור נמוך יחסית למסלול הכללי
5		מסלול עתיר נכות ושאיירים	פנסיית נכות ושאיירים בשיעור גבוה יחסית למסלול הכללי וכן, זכאות לפנסיית זקנה בשיעור נמוך יחסית למסלול הכללי החל מגיל 60

3. הצהרות העמית

א. הריני מצהיר כי בחירת מסלול הכיסוי הביטוחי נעשתה ע"פ בחירתי הבילעדית ואני משחרר בזאת את הקרן מכל אחריות.

ב. מעבר למסלול שבו שיעור פנסיית הנכות והשאיירים גדל לעומת המסלול הקיים מותנה במילוי שאלון מצב בריאות (הטבלה

בסעיף 4). ידוע לי כי אם כתוצאה מבחירת אחד המסלולים הנ"ל יגדל הכיסוי הביטוחי למקרה נכות או פטירה, תחול תקופת

המתנה של 60 חודשים, לגבי תוספת הכיסוי הביטוחי למקרה של נכות או פטירה שנבעו ממחלה, תאונה או מום שלקיתי בהם

לפני מועד הגדלת הכיסוי כאמור.

ג. ידוע לי כי מעבר למסלול שבו שיעור פנסיית הנכות ו/או השאיירים קטן לעומת המסלול הקיים יביא להקטנת הכיסוי

הביטוחי בהתאמה.

ד. ידוע לי כי בקשתי זו וכל זכויותי בקרן יהיו בהתאם להוראות תקנון הקרן כפי שתהיינה בתוקף מעת לעת, החלטות מוסדותיה

המוסמכים של הקרן ו/או הוראות ההסדר התחיקתי.

ה. לא יהיה תוקף לשינויים ו/או מחיקות במסמך זה שיערכו ללא חתימת החברה המנהלת בצד השינויים ו/או המחיקות.

תאריך	חתימת העמית
/ /	X

בקשה לשינוי מסלול אלטשולר שחם פנסיה מקיפה (המשך)

מילוי שאלון מצב בריאות (הטבלה בסעיף 4 להלן), נדרש רק לגבי מי שבחר במסלול בו הוא מגדיל את הכיסוי הביטוחי לנכות ו/או לשאירים.

4. שאלון הצהרה על מצב בריאות

פירוט/הערות	כן	לא	השאלות
			1. האם נקבעה לך על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, או גורם מוסמך אחר נכות כלשהי, או הוגשה מטעמך בקשה אשר הדיון 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.
כמות סיגריות/סיגרים ביום _____			5. האם הנך מעשן/נוהג לעשן.
סוג המשקה _____ כמות שבועית _____ ליטרים			6. האם אתה צורך/צרכת משקאות חריפים באופן קבוע.
החל משנת _____ ועד שנת _____ צרכתי את הסמים. סוג הסמים שצרכתי היה _____			7. האם אתה צורך/צרכת סמים.
			8. האם התגלו/קיימים אצלך בעבר/בהווה שיתוקים, מחלות ניווניות, שבץ מוחי, מומים.
שם התרופה/ות _____			9. האם הנך נוטל/נטלת בשלוש שנים האחרונות תרופות באופן קבוע.
שם רופא מטפל _____	שם קופת החולים _____	משקל _____ ק"ג	גובה _____ ס"מ

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

הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הם מלאים, נכונים ומדויקים. ברור לי כי ככל שיתברר כי הפרטים שמסרתי 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.

5. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזאת לאלטשולר 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 עובדי, 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 הסיעודי ו/או הכלכלי ו/או השיקומי, לרבות בכל עניין הקשור לעבודתי ו/או כל מידע נדרש אחר בנוגע למצבי ו/או מחלותיי 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 תהיינה 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

6. 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 כי העמית חתם בפניי על בקשה זו לשינוי מסלול.

שם הסוכן	מס' רשיון	תאריך	חתימה
		/ /	