

## הנחיות להגשת בקשת תשלום פנסיית נכות מ"איילון פיסגה" קרן פנסיה חדשה מקיפה

על מנת להקל ולזרז את הליך הגשת בקשת תשלום פנסיית נכות מ"איילון פיסגה" קרן פנסיה, להלן פירוט המסמכים הנדרשים שיש לצרף לבקשה:

1. טופס בקשה לתשלום פנסיית נכות כולל מילוי חלקו של הרופא המטפל.
2. מסמכים רפואיים עדכניים המעידים על המצב הרפואי:
  - סיכומי מחלה מבתי חולים.
  - סיכומים מרופאים מומחים.
  - אישור רופא תעסוקתי.
  - אישורי מחלה לתקופה של אי כושר.
3. כתב ויתור סודיות רפואית חתום.
4. צלום שיק/אישור על ניהול חשבון בנק ע"ש מבקש פנסיית הנכות.
5. צלום תעודת זהות קריא כולל הספח.
6. צילום תעודת זהות קריא של בן/בת הזוג כולל ספח.
7. טופס 101 מלא וחתום (כולל הצהרה על הכנסות אחרות).

### ניתן להעביר את המסמכים באחת מהאפשרויות הבאות:

1. שליחתם לפקס שמספרו: 03-7569727
2. לכתובתנו: איילון פנסיה בע"מ, בית איילון ביטוח, אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10957
3. לכתובת דואר אלקטרוני: [moked-pisga@ayalon-ins.co.il](mailto:moked-pisga@ayalon-ins.co.il)

בברכה,  
מחלקת תשלומי פנסיה

**טופס בקשת תשלום פנסיית נכות**

**חלק א': למילוי ע"י העמית**

<b>1. פרטי העמית</b>					
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי
			נ/ז	/ /	נ/ר/ג/א
רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד	
טלפון בבית	טלפון נייד	טלפון עבודה	כתובת דואר אלקטרוני		

<b>2. שמות קופות החולים ב-7 שנים אחרונות. פרט</b>		
שם קופת חולים	שנות חברות	שם רופא המשפחה

<b>3. פרטים על השכלה והכשרה המקצועית ומקומות עבודה קודמים</b>
מהי השכלתך? פרט בתי ספר, מוסדות להשכלה גבוהה
מהי הכשרתך המקצועית? פרט קורסים והשתלמויות שעברת
מה היו עיסוקיך בעבר? פרט עיסוקים ותקופות עבודה

<b>4. פרטים מזהים על מקום העבודה</b>			
שם מקום העבודה בעת האירוע	כתובת	טלפון	מקצוע/עיסוק
שכר החודשי הממוצע ב-12 החודשים האחרונים לעבודתך לפני קרות האירוע המזכה			
תאריך הפסקת עבודה	/ /	לא הייתה הפסקת עבודה <input type="radio"/>	תאריך חזרה לעבודה
			/ /

<b>5. פרטים על אובדן כושר עבודתך (מלא סעיף א' במקרה של מחלה או סעיף ב' במקרה של תאונה)</b>			
<b>א. עקב מחלה</b>			
שם/מות מחלה/ז	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך אבחון המחלה	תאריך קבלת טיפול ראשוני
		/ /	/ /
<b>ב. עקב תאונה</b>			
תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה/הפגיעה	
/ /	/ /		
האם אושפזת בעקבות התאונה, אם כן פרט (ביה"ח, מחלקה וכו')			
תאר בקצרה את נסיבות התאונה			

**ג. פרטים רפואיים - רופאים / מוסדות רפואיים שטיפלו בך בשל נכותך בשנתיים האחרונות**

נא ציין שם רופא/מוסד רפואי וכתובתו בזמן נכות בשנתיים האחרונות:

תאריכי טיפול:

פירוט והערות	כן	לא
יש לסמן ב-X את התשובה המתאימה, במידה והתשובה חיובית ("כן") אנא פרט בעמודת הערות האם הינך מאושפז כעת בבית חולים?		
האם נותחת או הינך לפני ניתוח? מועד הניתוח ושם בית החולים. פרט		
האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו, או מחלה ממושכת? פרט		
האם תבעת או אתה/עומד/ת לתבוע או זכאית לתבוע חברת ביטוח/ קרן פנסיה אחרת או גורם אחר (כגון: משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין מחלתך, פגיעתך הנ"ל?		
שם הגורם הנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה

**6. קבלת תשלום מהמוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון**

במידה ומקרה הנכות הינו כתוצאה מפגיעה בעבודה, או פגיעה במהלך השירות הצבאי כמוגדר בחוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959, או מפעולות איבה עפ"י חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תשל" 1970, נבקשך להעביר אל משרד הקרן:

1. אישורי תשלום מהמוסדות הנ"ל בגין תקופת נכותך.
2. העתקי פרוטוקולים, דיונים והחלטות הועדות בנושא נכותך.

**7. פרטי חשבון הבנק לתשלום הפנסיה (יש לצרף העתק המחאה/אישור ניהול חשבון בנק)**

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

**8. הצהרה על הפסקת עבודה**

הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אליי כושר עבודתי, אף במידה חלקית הנני מתחייב להודיע על כך לקרן, להמשיך בתשלום הפרמיות במלואן/ בחלקן ולהחזיר לחברה את סכומי פנסיות הנכות העודפת ששולמו לי לאחר שחזר אליי כושר עבודתי.

חתימה	תאריך

**9. הצהרה**

1. הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הינם נכונים, מדויקים ושלמים והנני אחראי לאימתותם ואני מתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי הנהלת הקרן תהא רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בקרן, כולן או מקצתם, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.
2. ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ו/או אישורים ו/או פרטים נוספים כתנאי לתשלום או להמשך תשלום פנסיה ו/או תשלום אחר.
3. ידוע לי כי לאחר תחילת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי.
4. הנני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות הפרטים, שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
5. ידוע לי כי אם יתברר בעתיד כי בטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אזי תהא הקרן רשאית לבצע תיקונים ו/או התאמות נדרשות וכן לקזז תשלום מתשלום הפנסיה ו/או מכל סכום שיעמוד לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, עפ"י כל דין.
6. ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, כל חוב שלי ו/או של המפורטים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו ע"י הקרן, ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ו/או המוטלים על המבוטח ו/או שאיריו ו/או מוטביו ו/או יורשיי בגין תשלום של הקרן אליהם.
7. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה ו/או אחר המגיע לי ו/או לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, את מלוא המיסים ו/או ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנות.
8. ידוע לי כי ככל שיתברר כי הפנסיה לה אנו זכאים תהא נמוכה מפנסיות המינימום (פנסיה שאינה עולה על 5% מהשכר הממוצע במשק), ינוכדמי ניהול נוספים בשיעור שלא יעלה על 6% מההפרש שבין פנסיות המינימום לבין הפנסיה המשולמת.

**10. ויתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ, נותן בזה נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או בתי חולים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או חברות ביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובדיהם ו/או מי מטעמם (להלן - "המוסדות") למסור לאיילון פנסיה בע"מ ו/או איילון פיסגה קרן פנסיה חדשה מקיפה ו/או למי מטעמם ו/או לבאי כוחן (להלן - "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש ע"י המבקש המצויים בידי המוסדות, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. הנני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בהקשר זה. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כן הנני מייפה את המבקש ולאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מס' ת.ז.	חתימה

## חלק ב' - למילוי ע"י הרופא המטפל (לאחר שהעמית מילא חלק א')

<b>1. פרטים על מצבו הבריאותי של העמית</b>	
א. ציין את התקופה בה נמצא העמית בטיפולך:	
ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים):	
ג. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות א.ק.ג. <input type="radio"/> כן, <input type="radio"/> לא רנטגן- <input type="radio"/> כן, <input type="radio"/> לא	
בדיקות אחרות:	
ד. מועד התחלת המחלה/ הפגיעה:	
ה. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי למחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים):	
ו. מצבו הבריאותי הנוכחי של העמית:	
החלים, נא לפרט:	
הורע, נא לפרט:	
ללא שינוי נא לפרט:	

<b>2. פרטים על כושר עבודתו של העמית</b>	
א. באיזה תאריך נאלץ העמית להפסיק את עבודתו:	
ב. באיזה תאריך חזר, או יהיה מסוגל לחזור העמית לעבודתו:	
ג. אם העמית אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת? ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור ומת:	
ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר העבודה, אם ישנם:	

<b>3. הערות</b>			
_____ _____			
שם הרופא	חתימת הרופא	כתובת	תאריך

# כרטיס עובד<sup>(1)</sup>

## ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד<sup>(1)</sup>

לפי תקנות מס הכנסה ומס מעסיקים (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה ותשלום מס מעסיקים), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ הנציב אישר אחרת).  
 הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת<sup>(1)</sup> העובד.  
 אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.  
 (ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף)

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובד/ת

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית		מספר טלפון		
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר בקופת חולים	לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> שם הקופה	לא <input type="checkbox"/>

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה  
 סמן/י ✓ בטור המתאים ליד שם הילד הנמצא בחזקתך

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

<input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup>
<input type="checkbox"/> משכורת נוספת <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> קיצבה <sup>(6)</sup>
<input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup>	<input type="checkbox"/> מילגה <sup>(1)</sup>

מס' חודשי עבודה (בשנת המס)	תקופת העבודה <sup>(1)</sup> בשנת המס	
	תאריך תחילה	תאריך סיום

✓	שם	מספר זהות	תאריך לידה

ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות  אין לי מלגות אחרות

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

<input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup>
<input type="checkbox"/> משכורת נוספת <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> קיצבה <sup>(6)</sup>
<input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup>	<input type="checkbox"/> מילגה <sup>(1)</sup>

ממקור אחר

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת<sup>(7)</sup>

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו<sup>(8)</sup>

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(9)</sup>

אין מפרישים עבורי לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(10)</sup>

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה חייבת אחרת לרבות קיצבה				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השינוי	חתימת העובד/ת

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1  אני תושב/ת ישראל.

2  אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94.

3  אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך \_\_\_\_\_ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב \_\_\_\_\_ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312.א.

4  אני  עולה חדש/ה  תושב/ת חוזר/ת מתאריך \_\_\_\_\_ .  
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך \_\_\_\_\_ .  
מי שהיתה לו הכנסה או שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנויים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. לתושב/ת חוזר/ת - חובה לצרף אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים).

5  בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.  
(רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת)

6  אני הורה החי בנפרד ומבקש נקודת זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזקתי (בהתאם לסעיף 7 להלן)

7  בגין ילדי שבחזקתי (ימולא רק ע"י אשה או ע"י גבר החי בנפרד) המפורטים בחלק ג.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים \_\_\_\_\_

8  בגין ילדי הפעוטים (ימולא ע"י גבר [למעט גבר אשר סימן את פסקה 7 לעיל], אשה החיה בנפרד וילדיה אינם בחזקתה, וכן הורה יחיד<sup>(11)</sup>)  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס \_\_\_\_\_

9  אני הורה יחיד<sup>(11)</sup> לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיפים 7 ו- 8 לעיל)

10  בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.

11  בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר (ימולא ע"י מי שנישא בשנית) (מצורף פסק דין).

12  מלאו לי 16 שנים וטרם מלאו לי 18 שנים.

13  אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות \_\_\_\_\_ .  
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14  בגין סיום לימודים לתואר אקדמי או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1  לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.  
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.  
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2  יש לי הכנסות נוספות ממשכורת/קיצבה/מילגה (ממכון מחקר) כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/אחר)	ה מעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר		
			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים
					9
					9
					9

3  פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

\_\_\_\_\_ תאריך  
\_\_\_\_\_ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 0101

- (1) "עובד" לרבות מקבל קיצבה ולרבות חוקר במכון מחקר או מכון מחקר תורני. "מעביד" לרבות משלם קיצבה ולרבות מחקר קיצבה. "עבודה" לרבות קבלת קיצבה. "מילגה" לחוקר בתקופת לימודיו במכון מחקר או מכון מחקר תורני.
- (2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום.
- (3) משכורת נוספת - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום, נוסף למשכורת חודש ו/או נוסף לקיצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה במשך 5 שעות או פחות בכל יום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ביום אך לא יותר מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום אך פחות מ- 18 יום בחודש. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קיצבה - מקיצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה.
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקיצבה/לאבדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפי"ש.
- (11) הורה יחיד - שכן וזוג נפטר או שרשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.