

## הליך בירור ויישוב תביעות – פנסיית נכות

מנורה מבטחים פנסיה בע"מ (להלן: "החברה") מעמידה לרשות עמיתה מערך בירור ויישוב תביעות הפועל לפי מערכת הכללים המצ"ב **כנספח א'**, אשר אומצה על ידי דירקטוריון החברה.

### הגשת מסמכים

סוכן המבקש להגיש תביעת נכות מטעם עמית בקרן מתבקש לשלוח בדו"אל אל אחת מהכתובות אשר תוצגנה להלן את מלוא המסמכים הנדרשים להגשת תביעה כפי שמפורט בטופס התביעה המצ"ב.

### ראה רשימת המחוזות וכתובתם:

מחוז מרכז:	pensiamerkaz@newmivt.co.il	טל': 072-2768532
מחוז סוכנויות:	pensiasochnuyot@newmivt.co.il	טל': 072-2768531
מחוז דרום:	pensiadarom@newmivt.co.il	טל': 03-9438079
מחוז חיפה והצפון:	pensiazafon@newmivt.co.il	טל': 04-81 34449
מחוז ירושלים:	pensiajerusalem@newmivt.co.il	טל': 02-6298835

לקבלת מידע נוסף על שעות פתיחה וסניפים נוספים ניתן לפנות אל מוקד קשרי הלקוחות בטלפון \*9699 או 064-700-700-1.

### בדיקת זכאות ראשונית

עם המצאת מלוא המידע והמסמכים כשהם מלאים וחתומים כנדרש, תועבר התביעה להמשך טיפול על ידי מחלקת התביעות של החברה. אי המצאת מלוא המידע והמסמכים הנדרשים עשויה לעכב את הטיפול בתביעה ואף להביא להפסקת הטיפול בה ולסגירתה.

על מנת שעמית יוכר כנכה עליו להוכיח כי לפחות 25% מכושרו לעבוד נפגעו מחמת מצבו הבריאותי וכתוצאה מכך אינו מסוגל לעבוד בעבודתו או בכל עבודה מתאימה אחרת, כהגדרתה בתקנוני קרן הפנסיה מבטחים החדשה או קרן הפנסיה מבטחים החדשה פלוס (להלן: קרנות הפנסיה), למשך תקופה העולה על 90 יום רצופים.

הזכות להכיר בעמית כנכה מתיישנת לאחר שלוש שנים ממועד אובדן כושר העבודה של העמית, וזאת בהתאם להוראות תקנוני קרנות הפנסיה.

שאר עמית שנפטר כעמית פעיל בקרנות הפנסיה או עמית שהיה פעיל במועד אובדן כושרו לעבוד, רשאים להגיש תביעה לפנסיית שארים או נכות, לפי העניין.

### הועדה הרפואית

הועדה הרפואית של קרנות הפנסיה מורכבת מרופאים תעסוקתיים שימונו על ידי החברה, אלא אם ביקש העמית כי אחד מרופאי הועדה הרפואית ימונה מטעמו. במרבית המקרים אין נדרשת נוכחותו של העמית בוועדה, אולם כאשר יש צורך בכך, הועדה הרפואית רשאית לזמן את העמית להופיע בפניה ו/או להיבדק על ידה באחד מסניפי החברה הקרובים אל ביתו (חיפה, תל אביב או באר שבע). במקרה זה זכאי העמית להגיע בליווי אדם נוסף (קרוב משפחה, עו"ד או כל אדם אחר).

הועדה הרפואית תקבע האם העמית הנו נכה על פי תקנוני קרנות הפנסיה, מהי דרגת נכותו ומהו מועד אובדן כושרו לעבוד. לשם כך תעיין הועדה הרפואית בבקשה לפנסיית נכות שהגיש העמית, במסמכים שצורפו לה ובמסמכים נוספים ככל שהובאו בפניה. הועדה הרפואית רשאית לדרוש מהעמית מסמכים מסוימים או להפנותו על חשבונה לקבלת חוות דעת רופא מומחה הרלוונטי לתחום מחלותיו.

### אי צבירת תקופת אכשרה

אם לא נצברה תקופת אכשרה של 60 חודשי חברות מהצטרפות העמית (או מחידוש חברותו, לפי המאוחר) ועד למועד אובדן כושר העבודה או הפטירה, מחויבת קרן הפנסיה לבחון האם הסיבה הרפואית שבעטייה ארע אובדן כושר העבודה או הפטירה, נובעת ממצב בריאותי קודם. במקרה זה פועלת החברה לאיתור תיקו הרפואי של העמית, באמצעות חברות המתמחות בכך, ולאחר מכן יובא התיק הרפואי לעיון הועדה הרפואית אשר תדון בשאלת המחלה הקודמת. כל החלטות הועדה הרפואית תשלחנה בדואר רשום בצירוף מכתב נלווה לכתובת העמית המעודכנת ברישומי החברה.

### תשלום מקרן הפנסיה ודגשים נוספים

זכאות לתשלום פנסיית נכות תקבע על פי החלטת הועדה הרפואית ועד אשר הגיע העמית לגיל הזכאות לפנסיית זקנה ומאותו מועד יהיה זכאי העמית לקבלת פנסיית זקנה. קרנות הפנסיה יזקפו לסכום הצבור של עמית שהוכר כנכה דמי גמולים על פי הוראות התקנונים ("שחרור דמי גמולים").

### תשלום לפי הוראות חוק המוסד לביטוח לאומי

במידה והנכות מקנה זכאות לתשלום לפי הוראות חוק המוסד לביטוח לאומי עקב תאונת עבודה או מחלת מקצוע, תותנה זכאותו של העמית לתשלום פנסיית נכות בכך שהעמית יתבע את התשלומים המגיעים לו מן המוסד לביטוח לאומי.

ככל שיכיר המוסד לביטוח לאומי בזכאות העמית לתשלום מכוח הוראות חוק הביטוח הלאומי, העמית יהא רשאי לבחור בין האפשרויות הבאות:

1. תשלום פנסיית נכות בסכום השווה לגבוה מבין אלה:

א. להפרש שבין ההכנסה הקובעת לנכות לבין הפנסיה לה הוא זכאי באותו חודש לפי הוראות חוק הביטוח הלאומי, אך לא יותר מסכום פנסיית הנכות לה היה זכאי אלמלא נמצא זכאי לגמלה על פי הוראות חוק הביטוח הלאומי.

ב. שיעור של 30% מסכום פנסיית הנכות, בעד אותו חודש, לה היה זכאי בהתאם לתקנון אלמלא היה זכאי לגמלה לפי הוראות חוק הביטוח הלאומי.

**(שים לב! כוחו של סעיף זה יפה במקרים בהם מועד קרות האירוע בעטיו תובע העמית את הקרן לאובדן כושר עבודה הינו מאוחר ליום 24.04.2012. ככל שמועד קרות האירוע מוקדם לתאריך זה, יהיה על העמית לבחור בין האפשרויות העומדות בפניו בסעיף 1.א ל- 2 בלבד.)**

2. החזרת כספים לפי ערך פדיון ובכפוף לתקנון הקרן.

### שמירת הריון

תקנוני קרנות הפנסיה מאפשרים לעמיתה הנמצאת באובדן כושר עבודה הנובע משמירת הריון לתבוע תשלום פנסיית נכות ולבחור בין תשלום פנסיית נכות לרבות שחרור דמי גמולים, או שחרור דמי גמולים בלבד ללא קבלת קצבת נכות בתקופת הנכות.

שימי לב כי במקרה ותבחרי באופציה הראשונה, קיימת אפשרות כי ביטוח לאומי יבצע קיזוז מהסכומים ששילם או ישלם לך בגין שמירת ההריון.

### זכות השגה על החלטה

- בהתאם להוראות תקנוני קרנות הפנסיה וההסדר התחיקתי עומדות בפני העמית האפשרויות הבאות:
  - ערעור לנציבות לבירור מחלוקות של החברה. יש לשלוח לכתובת הנציבות רח' ז'בוטינסקי 7, רמת גן, 52520 בתוך 6 חודשים מיום משלוח ההחלטה הרלוונטית ולצרף מסמכים מתאימים. על החלטת הנציבות, ניתן לערער לערכאה שיפוטית מוסמכת בתוך 45 ימים מיום משלוח ההחלטה.
  - פנייה לממונה על פניות הציבור של החברה. יש לשלוח לכתובת הממונה על פניות הציבור, מנורה מבטחים פנסיה בע"מ, רח' ז'בוטינסקי 7, רמת גן, 52520.

**ניתן לצפות בטפסי תביעה לדוגמה בלבד, באתר האינטרנט של החברה בכתובת: [www.menoramivt.co.il](http://www.menoramivt.co.il).**

האמור במסמך זה בלשון יחיד אף בלשון הרבים במשמע, ולהיפך, ומילים במין זכר אף מין נקבה במשמע ולהיפך. האמור במסמך זה הנו הנחיות כלליות בלבד. זכויות עמית, שאר או פנסיונר בכל תביעה יקבעו בהתאם לתקנוני קרנות הפנסיה הרלוונטיים. כל סתירה הקיימת בין האמור במסמך זה ובין האמור בתקנוני קרנות הפנסיה, תקנוני קרנות הפנסיה יקבעו.

## נספח א'

### כללים לבירור וליישוב תביעות לפנסיית נכות או שאירים ולטיפול בפניות ציבור

#### 1. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- 1.1 דרישה למימוש זכות לפנסיית נכות או פנסיית שאירים ("תביעה") תבורר בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 8-9-2009 בעניין בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור ("החוזר") או בהתאם לכל הוראה בהסדר התחיקתי שתחליף אותו, בהתאם לתקנוני הקרנות ובהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.
- 1.2 תביעה כאמור בסעיף 1.1 ניתן להגיש בכל אחת מחטיבות השירות של מנורה מבטחים פנסיה בע"מ ("החברה")
- 1.3 פנה אדם בקשר להגשת תביעה כאמור בסעיף 1.1 ("התובע"), תמסור לו החברה את המסמכים כדלהלן;
  - א. פירוט הליך בירור ויישוב התביעה
  - ב. הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע
  - ג. פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לצורך בירור תביעתו
  - ד. טופס הגשת תביעה
  - ה. הודעה על תקופת ההתיישנות
- 1.4 החברה רשאית לדרוש מהתובע לפי שיקול דעתה מסמכים נוספים לצורך בירור התביעה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לה הצורך בהם.

#### 2. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

- 2.1 החברה תמסור לתובע הודעת המשך בירור או הפסקת בירור, תוך שלושים ימים מהיום שקיבלה לידיה את טופס הגשת התביעה החתום על ידי העמית ואת כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה.
- 2.2 החברה תהא פטורה ממשלוח הודעה כאמור אם נמסרה לתובע הודעת תשלום מלא או חלקי כאמור בסעיף 3 או אם נמסרה לתובע הודעה על דחיית התביעה, כאמור בסעיף 4 להלן.
- 2.3 ראתה החברה כי נדרש לה זמן נוסף לשם בירור התביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגין נדרש לה זמן נוסף לבירור (בסעיף זה- "הודעת המשך בירור").
- 2.4 בהודעת המשך הבירור החברה תציין כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם המשך בירור תביעתו.
- 2.5 הודעת המשך בירור תימסר לתובע מידי תשעים יום ועד למשלוח הודעת תשלום (מלא או חלקי) או הודעת דחייה, לפי הענין.
- 2.6 החברה פטורה מחובתה לשלוח הודעות המשך בירור נוספות אם פנה התובע לערכאות משפטיות או אם התובע לא הגיב בכתב לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות, הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה. זאת, רק במידה והחברה ציינה בהודעה האחרונה לתובע כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.

#### 3. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

- 3.1 נתקבלה תביעתו של התובע, המזכה בתשלום פנסיה או בתשלום אחר, תמסור החברה לתובע במועד התשלום הודעה בכתב כאמור בחוזר.
- 3.2 החליטה החברה על קבלת חלק מהתביעה, תמסור החברה לתובע במועד התשלום הודעה בכתב כאמור בחוזר.

#### 4. הודעת דחייה

- 4.1 החליטה החברה על דחיית התביעה, תמסור לתובע הודעה בכתב הכוללת את נימוקי הדחייה.

### 5. הודעה בדבר התיישנות התביעה לפנסיית נכות

הודעה, כאמור בסעיפים 2,3 ו-4 תכלול פסקה בדבר תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות החוזר.

### 6. הודעה בענין זכות השגה (ערעור) על החלטה

בהודעת התשלום החלקי, כאמור בסעיף 3, או בהודעת הדחייה, כאמור בסעיף 4, יצוינו האפשרויות העומדות בפני התובע לערער על החלטת החברה.

### 7. בדיקה מחודשת של זכאות

החברה רשאית לבדוק מחדש את זכאותו של התובע לקבלת תשלומי גמלה ולשנות את החלטותיה בהתאם, אם יש לה יסוד סביר להניח כי חל שינוי במצבו של העמית או אם הגיעו לידיה מסמכים נוספים, שלא הועמדו בפניה קודם לכן.

### 8. הפסקה או הקטנת תשלומים לעמית

8.1 הקטנה או הפסקת תשלומים עיתיים בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, כאמור בסעיף 7 לעיל, תעשה בהתאם להוראות הקבועות בתקנון ולאחר שנמסרה הודעה לתובע, כי בכוננת החברה להקטין או להפסיק או להקטין את התשלומים.

8.2 הודעה, כאמור בסעיף 8.1 לעיל, תשלח לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים, אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור. אין בכך כדי לגרוע מזכות החברה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.

### 9. בירור תביעה בעזרת מומחה

9.1 החברה רשאית להסתייע בשירותיו של מומחה לצורך בירור תביעה וכן לדרוש בדיקתו של התובע על ידי המומחה. התובע רשאי להגיע לבדיקה בליווי מלווה שיכול שיהא עורך דינו של התובע.

9.2 בסעיף זה יחשב "מומחה" – בין שהוא מועסק על ידי קרנות הפנסיה או החברה ובין אם לאו, בין אם נפגש עם התובע בין אם לאו, אך למעט יועץ משפטי ולמעט הועדה הרפואית.

### 10. חוות דעת מומחה

10.1 נסמכה החברה על חוות דעתו של המומחה, כאמור סעיף 9 (בסעיף זה – "חוות הדעת"), תמסור העתק מחוות הדעת לעמית, בצירוף הודעה בדבר בירור מהלך התביעה או בצירוף הודעת המשך בירור.

10.2 הייתה חוות הדעת של המומחה חסויה על פי דין, תמסור החברה הודעה בכתב לתובע שבה יוסבר מדוע חוות הדעת חסויה.

### 11. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

החברה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של תובע שהועברה אליה. המענה ישלח בתוך שלושים ימים ממועד קבלת הפניה על ידי הגורם הרלוונטי.

### 12. מתן העתקים

12.1 החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מתקנוני הקרנות בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

12.2 החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מכל מסמך אשר התובע חתם עליו, מכל מסמך אשר מסר התובע לחברה, או מכל מסמך אשר התקבל בחברה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

**13. שמירת מידע ומסמכים**

13.1 החברה תשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לעמית, כל עוד הוא עמית בקרן, ולמשך תקופה של לפחות שבע שנים לאחר שחדל להיות עמית, ובהתאם להוראות החוזר החברה תשמור את מועדי התשלומים וסכומיהם.

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר	המועד או התקופה לתביעות מסוג נכות/שאירים
9(א)(7)	דרישה מידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
9(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים	30 ימים
9(ה)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים	כל 90 ימים
9(ח)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים	30-60 ימים
9(יא)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
9(יב)(1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	14 ימי עסקים	לא רלבנטי
9(יב)(2)	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח של צד שלישי	14 ימי עסקים	לא רלבנטי
9(יג)	מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימים	30 ימים
9(יד)(1)	מסירת העתקים מפוליסה או תקנון	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
9(יד)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים



1-00525

תאריך עדכון: 27.11.2012

## טופס בקשת תשלום פנסיית נכות

### 1. פרטי העמית (חובה למלא את כל הפרטים)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות מלא	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
רחוב	מס' בית	מיקוד	טלפון	דוא"ל

### 2. פרטי חשבון הבנק

שם הבנק	מספר הבנק	מספר הסניף	מספר חשבון

\* יש לצרף אישור בנק הכולל את הפרטים הבאים: שם מלא, מספר ת.ז. מספר הסניף ומספר חשבון וחתימה וחותמת של הבנק, או לחילופין המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.

### 3. נסיבות התביעה

נא ציין בגין איזו סיבה מוגשת התביעה (ניתן לסמן יותר מסיבה אחת):

- מחלה  מחלת מקצוע  שמירת הריון  תאונה אישית  
 תאונת דרכים  תאונת עבודה  תאונת דרכים-עבודה  אחר: \_\_\_\_\_

### פירוט תלונות ותיאור מועד אובדן כושר עבודה:

נא פרט את הסיבות שבעטיין הנך טוען לאובדן כושר עבודה.

---



---



---

תאריך פריצת המחלה או קרות האירוע: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ככל שהפסקת העבודה בפועל ארעה במועד מאוחר יותר, נא ציין מתי \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**4. מידע תעסוקתי:**

האם הנך:  שכיר  עצמאי  עצמאי ושכיר

באם הנך שכיר, נא מלא את הפרטים הבאים:

נא ציין את פרטי מעסיקיך בעת האירוע:

שם המעסיק	עיסוק/תפקיד	ותק	מועד הפסקת עבודה/ירידה בהיקף משרה	סיבת הפסקת עבודה	במידה ואין הפסקת עבודה אלא ירידה בהיקף משרה, נא ציין את היקף המשרה לאחר השינוי	שם איש קשר ותפקידו (רצוי ממחלקת משאבי אנוש/מדור שכר)

תאריך פיטורים: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ככל שחזרת לעבוד לאחר פריצת המחלה או קרות האירוע נא ציין:**

שם המעסיק	עיסוק/תפקיד	מועד החזרה לעבודה	היקף משרה

**5. השכלה**

נא ציין מספר שנות לימוד, תואר אקדמאי, קורסים מקצועיים וכו'

**6. עדכון נתונים רפואיים:**

שם קופת החולים בה הנך חבר **כיום**: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ תאריך הצטרפות לקופה: \_\_\_\_\_

שם קופת החולים בה היית חבר **בעבר**: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_

תאריך הצטרפות לקופה: \_\_\_\_\_ תאריך עזיבה: \_\_\_\_\_

**אשפוזים רפואיים:**

תאריך אשפוז	תאריך שחרור	המוסד המאשפז	המחלה בגינה חל האשפוז

**נא לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים.**

האם הוגשה תביעה במוסד לביטוח לאומי  לא  כן, נא ציין בגין מה הוגשה \_\_\_\_\_

האם הנך חבר בקרן דמי מחלה של מבטחים מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ (בניהול מיוחד):

לא  כן (אם שולמו דמי מחלה יש לצרף אישור על התקופה ששולמה).



## הצהרות העמית

1. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה זו על צירופותיה, הם נכונים מלאים ומדויקים, וידוע לי כי זכאותי לקבלת פנסיית נכות תקבע בהתאם לפרטים אלו ולמסמכים שהוגשו, הנני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי שיחול באחד או יותר מהפרטים והמסמכים שמסרתי.
2. ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ו/או אישורים ו/או מידע נוסף ו/או עריכת בדיקות כתנאי לתשלום פנסיית הנכות או לצורך אחר בהתאם לשיקוליה.
3. ידוע לי כי ככל שיתברר בעתיד ששולמו לי כספים שאיני זכאי להם, תהיה הקרן רשאית לבצע עדכון או התאמות של הכספים שמשולמים לי, לרבות קיזוז תשלומים מהתשלומים המשולמים לי או מכל סכום לו הנני זכאי או זכאים לו שארי/יורשי/מוטביי. אין באמור כדי לגרוע מהקרן את זכאותה להיפרע ממני על פי כל דין.
4. הריני להצהיר כי איני מבוטח בגין אותה הכנסה המבוטחת בקרן, בקרן פנסיה חדשה מקיפה אחרת. הנני להתחייב להודיע לקרן, ככל שאקבל תשלום מקרן פנסיה מקיפה אחרת בגין אותה הכנסה מבוטחת.
5. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיית נכות המגיע לי ו/או לשארי/יורשי/מוטביי, כל חוב הרשום על שמי ו/או על הרשומים לעיל, לרבות יתרת הלואות מהקרן.
6. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיית נכות המגיע לי, לשארי/יורשי/מוטביי, את מלוא המסים או הניכויים בהתאם להוראות תקנון הקרן ולכל דין כפי שיהיו מעת לעת.
7. ידוע לי כי הנני רשאי לבקש כי אחד מהרופאים בועדה הרפואית, ימונה מטעמי וככל שאעשה כן עלי להודיע על כך בכתב לקרן בתוך 14 יום ממועד הגשת התביעה.
8. ידוע לי ככל שיתברר כי פנסיית הנכות לה אני זכאי תהיה נמוכה מפנסיית המינימום כהגדרתה בתקנון קרן הפנסיה, ינוכו דמי ניהול נוספים בשיעור של עד 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין פנסיית הנכות המשולמת.
9. ידוע לי כי ככל שיחול שינוי במצבי הרפואי הנני נדרש להודיע על כך לקרן באופן מיידי. כן ידוע לי כי ככל שתקבע הועדה הרפואית החמרה בדרגת הנכות שנקבעה, הרי שפנסיית הנכות שתשולם לי בגין אותה החמרה תחול ממועד הגשת המסמכים על ידי בגין אותה החמרה.
10. ידוע לי כי ככל שאקבל פנסיית נכות עד לגיל המוקדם בשלוש שנים מגיל הזכאות לפנסיית זקנה או עד לגיל המאוחר מזה, לא אהיה זכאי להחזרת כספים על פי הוראות תקנון הקרן. כמו כן ידוע לי כי לא אהיה זכאי להחזרת כספים בהתאם להוראות תקנון הקרן בטרם חלפו שלוש שנים ממועד שחדלה להשתלם לי פנסיית נכות או ממועד פקיעת זכאותי כאמור לפי המאוחר.
11. הריני להצהיר כי הנני בעל חשבון בנק שפרטיו להלן ומבקש לקבל את פנסיית הנכות לחשבון הבנק שלעיל

תאריך	חתימת העמית
	✘

לידיעתך, בהתאם להוראות אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר, קרן הפנסיה חייבת לבדוק מידי פעם את מצבך הרפואי ולדרוש ממך להמציא כל מסמך בנוגע להכנסותיך.

אם הנך משתכר/ת בנוסף לקבלת פנסיית נכות, הנך זכאי/ת למלוא הפנסיה המגיעה לך וזאת כל עוד סכום הפנסיה, ביחד עם שכרך או הכנסתך, אינם עולים על ממוצע ההכנסה המבוטחת לפנסיה בערכה הריאלי ב-12 החודשים שקדמו למועד הזכאות לפנסיה. עלה שכרך ו/או הכנסתך ביחד עם סכום הפנסיה על ממוצע ההכנסה לפנסיה כאמור, יופחת סכום הפנסיה בהתאם (חצי שקל הפחתה כנגד כל שקל) וזאת כל עוד הנך משתכר/ת כאמור, ויתרת תשלום ככל ששולמה, תקוזז.

**כדי למנוע התחשבות רטרואקטיבית, נבקשך להקפיד ולהודיענו על כל שינוי בהכנסה.**

### אימות חתימה:

אני הח"מ מאשר/ת כי העמית/ה חתם/ה בנוכחותי על מסמך זה לאחר שקרא/ה/הקראתי את תוכנו.

תאריך	שם הסוכן	מספר רישום	חתימה
			✘

**לתשומת לבך**, על מנת שנוכל לטפל בבקשה, יש לצרף לה את המסמכים הבאים:

- אישור רופא על אובדן כושר עבודה של לפחות 25% לתקופה של למעלה מ-90 יום רצופים
- אישורים רפואיים התומכים בטענת העמית לאובדן כושר עבודה
- אישור מעסיק על ימי היעדרות מהעבודה ועל יתרת ימי מחלה שטרם נוצלו על ידי העמית
- צילום תעודת זהות בהיר וקריא של העמית ושל בן זוגו כולל הספח
- צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון בנק
- אישור מפקיד שומה על גובה המס או פטור מהמוסד לביטוח לאומי

**בנוסף לאמור לעיל במעמד הגשת התביעה יש למלא הטפסים הבאים:**

- הסכמה למסירת מידע רפואי על פי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 (וס"ר)
- טופס 101

### מקרים ייחודיים:

- במקרה של **תאונת דרכים** - אישור משטרה על דבר תאונת הדרכים
- במקרה של **תאונת עבודה/ מחלת מקצוע** שהוכרה על ידי המוסד לביטוח לאומי:
  - אישור על תשלומי דמי פגיעה, אישור על גובה הנכות, שיעורה והכספים ששולמו בגינה לרבות מסמכי הועדה הרפואית מטעם המוסד לביטוח לאומי.
  - חתימה על כתב הצהרה והתחייבות במקרה של תאונת עבודה
- במקרה של אובדן כושר עבודה הנובע **משמירת הריון**:
  - אישור רופא מטפל על הסיבה לשמירת הריון והערכה למועד הלידה המשוער.
  - חתימה על טופס בחירה בין קבלת פנסיה ושחרור לבין קבלת שחרור בלבד.

כל האמור לעיל בלשון זכר משמע גם בלשון נקבה.



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

1  אני תושבת/ת ישראל.

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

3  אני תושבת/ת קבועה/ בישוב מיוחד / באיזור פיתוח מתאריך \_\_\_\_\_ שם הישוב \_\_\_\_\_ . מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.

4  אני עולה חדשה/ 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 תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה

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

6  בגין משפחה חד הורית.

7  בגין ילדי שבחזקתי (ימולא רק ע"י אישה או גבר חד הורית) המפורטים בחלק ג.  מס' ילדים שנולדו בשנת המס \_\_\_\_\_  מס' ילדים שימלאו להם 18 שנה בשנת המס \_\_\_\_\_  מס' ילדים אחרים \_\_\_\_\_

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

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

10  מלאו לי 16 שנים וטרם מלאו לי 18 שנים.

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

12  בגין סיום לימודים לתואר אקדמי או סיום לימודי הוראה/מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

**ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/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 כמפורט להלן:

המעביד / משלם הקצבה / מקור אחר			סוג ההכנסה	הכנסה חודשית	המס שנוכה
שם	כתובת	מספר תיק ניכויים	(משכורת/קיצבה/אחר)	(לפי תלושים)	
		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 למעבידי 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. "מעביד" לרבות משלם קיצבה. "משכורת" לרבות קיצבה. "עבודה" לרבות קבלת קיצבה.

(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 בנוסף לקיצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לקבוע את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כמשכורת נוספת

(4) משכורת חלקית - ממשכורת 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.

משכורת 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 העבודה 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 מפקיד השומה.



1-00032

תאריך עדכון: 27.11.2012

לכבוד

א.ג.ב.

## הנדון: הסכמה למסירת מידע על פי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981

אני הח"מ נותן בזה למנורה מבטחים פנסיה בע"מ וכן למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ככל שקיימת על שמי פוליסת ביטוח משלים במנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ו/או למי מטעמן, (להלן: "מבטחים"), הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף, לרבות חברות ביטוח ולרבות גוף ציבורי כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות או מוסד רפואי בארץ עובדיו, רופאיו, וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופות חולים, רופאיהן ועובדיהן, בתי חולים כלליים או פסיכיאטרים או שיקומיים על כל מחלקותיהם, וכן למוסד לביטוח לאומי או רשויות המס או משרד הביטחון או כל עובד בתחום הסוציאלי או הסייעודי, כדי לקבל את כל הפרטים והמידע המצויים בידם ללא יוצא מן הכלל, בנוגע למצבי הבריאותי או הסוציאלי או בתחום הסייעודי או הכלכלי או בתחום השיקומי וכן כל מידע אחר הנדרש למבטחים לצורך בחינת זכאותי לקבלת גמלת נכות מלאה או חלקית ממבטחים.

הריני משחרר בזה כל גוף הנזכר לעיל ומתיר להם בזאת ליתן לכם את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידם הקשורים אליי, למצבי הכלכלי, למצב בריאותי ו/או מחלותי, שהנני חולה בהן כיום או שחליתי בהן בעבר, לרבות רשימת רופאים אשר טיפלו בי במסגרתן, כל חומר המצוי במאגרי המידע של המוסדות כאמור בנוגע אליי, ולרבות החלטות שניתנו ע"י הגופים כאמור, הקובעים את זכאותי לגמלת נכות וכן את שיעור הנכות שאושר לי ו/או כל החלטה אחרת.

כמו כן הריני מוותר בזאת על חובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ובכל עניין הקשור לעבודתי.

כמו כן אני נותן בזה רשות למבטחים למסור, לכל מבטח חיצוני לרבות חברות ביטוח, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר את כל עובדי מבטחים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבטח החיצוני. כתב ויתור זה כוחו יפה גם לצורך הדיונים של ועדות הערעורים על החלטות מבטחים וכל ערכאה שיפוטית, ככל שיתקיימו כאלה.

עם חתימתי על כתב ויתור זה, הריני מצהיר/ה כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי המוסדות או עובדיהם או נותני השירות שלהם או מטעמם, בקשר עם מסירת מידע כאמור וכן לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי מבטחים בקשר עם מסירת מידע על ידם למבטח חיצוני ולא יהיו לי כל טענות ו/או תביעות כלפי המבטח החיצוני בקשר עם קבלתו מידע כאמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

### פרטי החותם:

שם	מספר זהות מלא	תאריך	חתימה
			⊗

### עד לחתימה:

שם	מספר זהות מלא	תאריך	חתימה
			⊗