

עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

בקשה להמשך תשלום קצבת נכות

לצורך קבלת קצבת נכות, מצורף טופס בקשה לתשלום הקצבה, נבקש ממך למלא אותו ולהעבירו אלינו.

מה יש לצרף לטופס הבקשה?

צילום תעודת זהות כולל הספח (עם חותמת "נאמן למקור" ע"י עו"ד או נציג הקרן או מי שהוסמך ע"י הקרן).

- אם תעודת הזהות ביומטרית יש לצלם את התעודה משני הצדדים.

- במילוי הטופס באחד ממרכזי השירות עליך להגיע עם התעודה המקורית.

אישור מיצוי ימי מחלה מהמעסיק האחרון - רלוונטי למבוטח שכיר בלבד שטוען להחמרת מצב בסעיף 2 לבקשה.

על האישור לציין את המועד המדויק בו ימוצו ימי המחלה (יום, חודש ושנה).

במקרה בו המעסיק הוא זה שמאמת את פרטי המבוטח כמפורט בבקשה, ניתן לאשר תאריך סיום מיצוי ימי

המחלה ע"י חתימת המעסיק בסעיף 7 בטופס הבקשה.

אישור מיצוי ימי אבטלה וטופס הפסקת עבודה

אם קיבלת דמי אבטלה בתקופה שקדמה להגשת הבקשה לקצבת הנכות.

טופס 101 (כרטיס עובד) לשנת המס הרלוונטית – מצורף טופס ריק.

כתב ויתור על סודיות רפואית

מסמכים רפואיים עדכניים

צילום תיק רפואי מהמרפאה התעסוקתית של קופת החולים (אם קיים).

טופס 106 של השנה שקדמה לשנת היציאה לנכות לראשונה וכן טפסי 106 לשלוש השנים האחרונות בהן

קיבלת קצבת נכות.

בלי טופס 106 לשנה שקדמה לשנת הנכות הראשונה, הקרן לא תוכל לקבל את כל המידע הנדרש לצורך חישוב

גובה ההשתכרות המותרת מעבודה במהלך תקופת הנכות.

טופס "הצהרה לגבי הכנסות נוספות" – מצורף טופס ריק אליו יש לצרף את המסמכים הבאים:

- **מבוטח שכיר** - 3 תלושי משכורת אחרונים ממקום העבודה.

- **מבוטח עצמאי** - שומה עצמית לכל שנת מס בשלוש השנים האחרונות בהן קיבלת קצבת נכות ושומת מס

הכנסה סופית האחרונה שיש בידיך.

מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי:

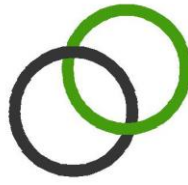
החלטות ופרוטוקולים של המוסד לביטוח לאומי (במקרה של נכות כללית ונכות כתוצאה מתאונת עבודה)

אישור מהמוסד לביטוח לאומי על אי קבלת קצבה (אם אינך מקבלת קצבה מהביטוח הלאומי)

"אישור תקופת ביטוח ומעסיקים" עדכני

ניתן להזמין את האישור באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי: www.btl.gov.il -

תחת טפסים ואישורים / אישורים / תקופות עבודה / אישור תקופות ביטוח ומעסיקים.



איך לשלוח אלינו את המסמכים?

- לשלוח בדואר: ת.ד. 7280 תל אביב
- להגישם פיזית באחד ממרכזי השירות.
- לזימון תור ולמידע על כתובות מרכזי השירות ושעות הפעילות, ניתן להיכנס לאתר עמיתים או להוריד את אפליקציית עמיתים לטלפון הנייד.

לידיעתך:

- אנו נוכל להתחיל את הטיפול בבקשתך רק לאחר קבלת כל המסמכים (לרבות עיכוב בהעמדתך לבידוק רופא הקרן).
- זמן הטיפול בבקשה הוא 90 ימים ממועד קבלת כל המסמכים התקינים.

לתשומת ליבך:

קבלת קצבת נכות מבטלת את האפשרות למשיכת ערכי הפדיון הצבורים בחשבונך בקרנות הוותיקות בכל אחד מהמקרים הבאים:

1. התקופה הכוללת בגינה קיבלת מהקרן קצבת נכות עולה על 11 חודשים.
2. קבלת קצבת נכות בתקופה כלשהי במשך חודש אחד או יותר במהלך חמש השנים לפני הגיעך לגיל פרישה.

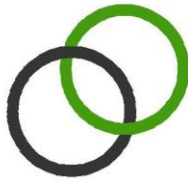
מערכת הכללים של הקרן המפרטת את תהליך הטיפול בבקשה לקבלת קצבת נכות מצורפת לערכה זאת.

אנו מזמינים אותך לפנות אלינו בכל שאלה בעניין בערוצים הדיגיטליים שלנו המופיעים באתר עמיתים ובמוקד שירות הלקוחות *6667

בברכה,

עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות





בקשה להמשך תשלום קצבת נכות

1. פרטי המבוטח/ת

מספר תעודת זהות		שם משפחה		שם פרטי		מין		תאריך לידה		מצב משפחתי		תאריך עליה	
						נ	ז						
רחוב				מס' בית		ישוב				מיקוד		ת.ד.	
טלפון בבית				טלפון נייד		כתובת דוא"ל							

2. אני _____ נושא/ת ת.ז. _____ מבקש/ת לאשר לי:

(יש לסמן ב-X את האפשרות הרצויה)

המשך תשלום קצבת נכות בשיעור שנקבע לי בעבר.

החמרה בשיעור הנכות מתאריך _____.

אני מצהיר/ה כי ידוע לי שאם לא שילמתי לקרן דמי גמולים בשל חלק המשרה אשר בגינו איני מקבל/ת קצבה, לא אוכל להגיש לקרן תביעה להגדלת שיעור הנכות עקב החמרה במצבי הרפואי.

חתימת המבוטח/ת **X** _____ תאריך _____

3. בחירת אופן קבלת הודעות

יש לבחור אפשרות אחת בלבד. אם לא תסומן אף אפשרות, או יסומנו שתי האפשרויות, ואם עודכנה כתובת דוא"ל תקינה, ישלחו ההודעות בדואר אלקטרוני. אחרת ישלחו בדואר ישראל.

דואר אלקטרוני - אני מאשר/ת לקבל את ההודעות בדבר בירור התביעה ותוצאותיה לכתובת הדוא"ל שעדכנתי בטופס זה.

דואר ישראל - אני מאשר/ת לקבל הודעות בדבר בירור התביעה ותוצאותיה לכתובת הדואר שעדכנתי בטופס זה.

בחירתי בקבלת הודעות בדרך זו כוללת את כל ההודעות והמסמכים המתייחסים לתביעה זו שישלחו ע"י קרן הפנסיה ללא יוצא מן הכלל. ידוע לי שבהיעדר סימון אחת מהאפשרויות, ההודעות יישלחו בדואר רגיל.

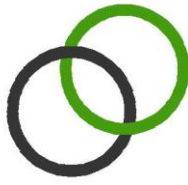
4. פרטי בן/בת הזוג

מספר תעודת זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מקום עבודה	
סטטוס: נשוי/ה / ידוע/ה בציבור				תאריך נישואין		טלפון נייד			

5. פרטי איש קשר נוסף בישראל לשוהה בחו"ל (פרט לבן/ת הזוג) לשוהה / עתיד/ה לשהות בחו"ל בלבד

שם מלא	קירבה	טלפון	כתובת	כתובת דוא"ל





6. פרטי מקומות העבודה בתקופת תשלום קצבת הנכות:

שם מקום העבודה	תאריך תחילת עבודה	תאריך סיום עבודה	תפקיד	שיעור משרה	מס' שעות למשרה מלאה	שם הקרן/ הקופה בה בוטחתי

7. מיצוי ימי מחלה (רלוונטי למבוטח שכיר בלבד) אשר טוען להחמרת מצב כאמור בסעיף 2 לעיל).

תאריך סיום מיצוי ימי המחלה - ____/____/____ שנה חודש יום

יש לצרף אישור מהמעסיק האחרון לגבי מועד מיצוי ימי המחלה.

(מבוטח בקרן דמי מחלה באחת מהקרנות הוותיקות אינו נדרש להציג אישור מהמעסיק) אני מבוטח/ת בקרן דמי מחלה של קרן (יש להקיף בעיגול את שם הקרן הרלוונטית):

מבטחים / מקפת / בניין / חקלאים

הערה:

במקרים בהם המעסיק הוא זה שמאמת את פרטי המבוטח כמפורט בסיום בקשה זו להלן, ניתן לאשר את תאריך סיום מיצוי ימי המחלה הני"ל ע"י חתימת המעסיק כאן בסעיף זה.

חותמת וחתימת המעסיק

8. נסיבות הנכות:

א. אני מצהיר/ה כי הנכות היא תוצאה של (יש לסמן ב-X את סיבת הנכות):

- מחלה מחלת מקצוע (מחלה שנגרמה בשל עבודתך)
- תאונת עבודה תאונת דרכים
- פעולות איבה שירות צבאי / מילואים

אירוע המהווה עילה לתביעת פיצויים לפי פקודת הנזיקין (כגון נזק שנגרם בשל רשלנות של אדם

או בשל תקיפה) פירוט:

לתשומת לבך: בכל מקרה שהנכות אינה תוצאה של מחלה יש למלא טופס "כתב הצהרה והתחייבות".

ב. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:

אני מקבל/ת קצבה מהמוסד לביטוח לאומי: כן לא

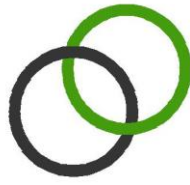
סוג הקצבה: נכות כללית / נכות מעבודה / אחר

אם את/ה מקבל/ת קצבה יש לצרף פירוט תשלומי קצבה ממחלקת נפגעי עבודה בביטוח לאומי.

9. מיצוי זכויות

ידוע לי כי במקרה שעילת הנכות היא תוצאה של אירוע המזכה אותי או יכול שיזכה אותי בפיצוי או קצבה מצד שלישי (כגון פיצוי מחברת ביטוח בגין תאונת דרכים, קצבה מן המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה או מן המדינה בגין פעולות איבה), מותנית זכאותי לקצבת נכות מן הקרן בהגשת תביעה נגד הצד השלישי, בתוצאות התביעה ובתנאים נוספים, הכל כקבוע בתקנון הקרן.





אם יוחלט על ידי הצד השלישי או על ידי ערכאה שיפוטית שלא לקבל את תביעתך לקבלת פיצוי או קצבה כאמור או שתביעתך האמורה תתקבל בחלקה, אני מתחייב/ת לפעול למיצוי מלא של זכויותיי, לרבות הגשת כל ערעור או השגה על אותה החלטה או על כל החלטה אחרת שתקבל במסגרת ההליכים למיצוי הזכויות, אלא אם תינתן לבקשתי הסכמה בכתב של הקרן כי מיצוי הזכויות אינו מחייב הגשת ערעור או השגה בנסיבות העניין.

ידוע לי כי אי-מיצוי הליכי ערעור או השגה, לרבות חלוף המועד להגשתם, יראו אותם כוויתור כלפי קרן הפנסיה לקבלת קצבת הנכות, ובמקרה זה, אם שולמה לי הלוואה מקרן הפנסיה כקבוע בתקנון הקרן, אהיה מחויב/ת בפירעון מיידי של ההלוואה בהתאם לקבוע בתקנון הקרן.

ידוע לי, כי אם הנכות היא תוצאה של אירועים המקנים זכאות לגמלה או פיצוי מגורם שלישי, אהיה זכאי/ת לקבל מהקרן הלוואה בגובה קצבת הנכות למשך תקופת ביניים לצורך מיצוי ההליכים כלפי הצד השלישי כאמור, ואשר תנאיה קבועים בתקנון הקרן. לאחר מיצוי ההליכים כלפי הצד השלישי ובהתאם לתוצאות אותם הליכים, תערוך הקרן בחינה אם ניתן להכיר בסכום ההלוואה, כולה או חלקה, כתשלומי קצבת נכות, או שיש מקום לדרוש את הפירעון המיידי של ההלוואה, כולה או חלקה, בהתאם לתנאים הקבועים לעניין זה בתקנון הקרן.

א. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:

הגשתי/אגיש תביעה לקבלת פיצוי/קצבה, מגוף אחר (לרבות מהמוסד לביטוח לאומי):

כן

לא

אם התשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט:

זהות הגוף אליו הגשתי / אגיש תביעה _____.

התביעה הוגשה / תוגש באמצעות עו"ד _____.

שכתובתו _____.

אני מתחייב/ת להמציא לכם את כל המסמכים ו/או ההחלטות ו/או הפרוטוקולים ו/או האישורים על גובה התשלום אותו קיבלתי/אקבל כפיצוי או קצבה כמפורט בסעיף ב' לעיל.

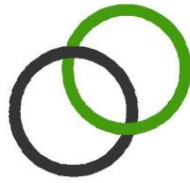
אני מתחייב/ת להודיע לכם בכל מקרה שאגיש בעתיד תביעה לפיצוי או קצבה בגין הנכות כלפי כל אדם או גוף שהוא ולהביא לידיעתכם את תוצאות התביעה, פסק הדין או הסכם הפשרה. **לגבי חתימה על הסכם פשרה קיימת חובה לקבל את הסכמת הקרן מראש ובכתב.**

10. הצהרת המבוטח/ת:

ידוע לי כי:

א. בקשה זו להמשך קבלת קצבת נכות היא בקשה חדשה אשר תיבחן ע"י הקרן בהתאם להוראות התקנון, כפי שיהיו בתוקף במועד הגשת הבקשה. בהתאם, החלטות קודמות של הקרן שניתנו בדבר זכאותי לקבלת קצבת נכות אינן מחייבת את הקרן בכל הקשור ביחס להחלטתה בבקשה זו. על מנת להמשיך ולשמור על מלוא זכויותיי בקרן עלי להמשיך ולהעביר דמי גמולים באופן שוטף ומלא וזאת עד שתיקבע זכאותי, אם בכלל, לקבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה. כמו כן, אם לא אעביר את דמי הגמולים לתקופה של 3 חודשים ומעלה אזי לא תקבל הקרן תשלום רטרואקטיבי של דמי הגמולים ומעמדי בקרן ישתנה למעמד של מבוטח **לא פעיל** דבר אשר יש בו בכדי להשפיע על הכיסוי הביטוחי שלי לרבות ביחס לצורך בצבירת תקופת אכשרה חדשה לקצבת נכות. כמו כן ידוע לי שאם תאושר לי נכות חלקית ולא אמשיך לשלם לקרן דמי גמולים בשל חלק המשרה האחר שבגיני איני מקבל/ת קצבה, לא אוכל להגיש תביעה לקרן להגדלת שיעור נכותי עקב החמרה במצב בריאותי. חידוש תשלום דמי גמולים לאחר הפסקה של שלושה חודשים ויותר מחייב צבירת תקופת אכשרה חדשה. ככל שלא תאושר לי נכות כלשהי, יהיה עלי להמשיך





ולשלם את מלוא דמי הגמולים ששולמו בגיני טרם הגשת התביעה לנכות לשם שמירה על מלוא זכויותי בקרן הפנסיה.

ב. ידוע לי ואני מסכים/ה, כי אם יועברו לקרן על ידי מעסיקי דמי גמולים לגבי חלק המשרה המוכר לנכות, בגין תקופה בה תשולם לי קצבת נכות, הם יוחזרו למעסיקי.

ג. ידוע לי ואני מסכים/ה, כי אם יועברו לקרן על ידי באופן עצמאי דמי גמולים לגבי חלק המשרה המוכר לנכות בגין תקופה בה תשולם לי קצבת נכות, הם יוחזרו לחשבון הבנק שאליו משולמת קצבת הנכות בניכוי מס כדין.

ד. ידוע לי כי ניתן להגיש ערר על החלטת רופא הקרן לוועדה רפואית לעררים תוך 60 יום מיום שהומצאה לי ההודעה על ההחלטה.

ה. ידוע לי כי אם אקבל קצבת נכות ולא אותיר אחרי שאירים הזכאים לקצבה במקרה של פטירה, חלילה, יורשיי לא יהיו זכאים להחזר כספים מהקרן.

ו. על פי סעיף 36 לתקנון הקרן, אם תהיה לי הכנסה מעבודה העולה על 'ההפרש המותר להשתכרות' תהיה הקרן זכאית לקזז מקצבת הנכות שלי מחצית מכל הכנסה העולה על 'ההפרש המותר להשתכרות'. לעניין סעיף זה 'ההפרש המותר להשתכרות' הוא ההפרש שבין השכר הקובע לחישוב קצבת נכות לבין קצבת הנכות עצמה (נא לסמן ב-X):

אין לי הכנסה מעבודה, עסק או משלח יד

יש לי הכנסה מעבודה, עסק או משלח יד. פירוט: _____

אני מתחייב/ת להודיע לקרן אם תהיה לי הכנסה כאמור בגין התקופה בה תשולם לי קצבת נכות מהקרן.

במהלך תקופת הנכות הקרן רשאית לבקש ממני להמציא מסמכים למעקב כלכלי במסגרת הוראות חוזר אוצר 9/2002 שעניינו מעקב אחר מקבלי קצבת נכות.

ז. אם תהיה לי זכאות לקבל קצבת נכות, הקרן תהיה רשאית לזמן אותי לבדיקה רפואית אצל רופא הקרן בכל עת, ולשנות מהחלטותיה במידת הצורך.

ח. אני מתחייב/ת להודיע לכם בכתב על כל שהות רצופה בחו"ל מעל חצי שנה.

ידוע לי שתנאי לתשלום קצבה בעת שהותי בחו"ל הוא המצאת "אישור חיים" לקרן אחת ל-6 חודשים.

ט. ידוע לי כי בקשתי לקבל מהקרן קצבת נכות תבטל את האפשרות למשיכת ערכי הפדיון הצבורים על שמי בקרן, למעט אם התקיימו במצטבר שני התנאים הבאים:

1) התקופה הכוללת בגינה קיבלתי מהקרן קצבת נכות אינה עולה על 11 חודשים.

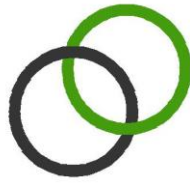
2) לא קיבלתי קצבת נכות בתקופה כלשהי במשך חודש אחד או יותר במהלך חמש השנים לפני הגיעי לגיל פרישה.

י. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חלילה, בתקופת זכאותי לקבלת קצבת נכות, לא תהיה ליורשיי ולשאיירי זכאות למשיכת סכום ערכי הפדיון מהקרן.

יא. אני יודעת/ת כי האמור לעיל הוא תמצית חלקית בלבד של הוראות התקנון הנוגעות לעניין. ידוע לי ואני מסכים/ה לכך שהוראות התקנון המלאות לפי נוסחן מעת לעת הן הקובעות את זכויותי בקרן הפנסיה.

יב. ידוע לי שבהעדר הוראה אחרת מפורשת מצידי ובכתב – הקרן תהיה רשאית להעביר לידיעת מעסיקי האחרון פרטים אודות שיעור הקצבה שנקבעה לי ותקופתה.

11. אני מצהיר/ה כי ידוע לי ואני מסכים/ה כי אם יתברר שאין לי זכאות לקצבה או כי מסרתי לקרן פרטים שאינם נכונים, הקרן וכל קרן ותיקה אחרת שבהסדר בה יש לי זכויות תהינה רשאיות לשלול זכאותי לקצבה או לעדכן את סכום הקצבה. ידוע לי כי במקרה כזה הקרן תהיה זכאית גם לדרוש החזר סכומים ששילמה לי או לקזז את



התשלום ששולם לי בטעות, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א – 1961, מתשלום קצבה או מכל סכום אחר שיעמוד לזכותי בקרן.
אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי נכונים. אני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי שיחול בעתיד באחד או יותר מן הפרטים שמסרתי.

12. פרטי המידע לרבות המידע האישי, אשר יימסרו לקרן במסגרת בקשה זו, ישמשו את הקרן לצורך מתן שירות וזכויות על פי התקנון. המידע עשוי להיות מועבר לגופים הקשורים במתן הזכויות והשירותים, לרבות למי מקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר, רשויות מקומיות או המדינה, לפי העניין. מסירת חלק מהמידע נדרש ומתחייב לצורך בחינת זכויותיך על פי דין ותקנון הקרן, וחלקו עשוי לסייע בבירור משלים של זכויותיך ולצורך הבטחת שירות נאות.

13. המידע הנמסר לקרן במסגרת מסמך זה, בחלקו מתחייב על פי דין ועל פי תקנון הקרן וישמש את הקרן לצרכי מתן השירות (ולרבות בחינת זכויותיך על פי תקנון הקרן), שיפורו, ייעולו ותפעולו, וכן לביצוע מחקרים סטטיסטיים. המידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין, לתקנון הקרן והרגולציה, ולרבות לקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר, לרשויות מקומיות ולגופים ממשלתיים, לפי העניין.

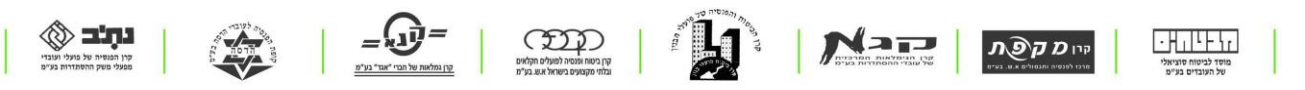
שם המבוטח/ת _____ מספר ת"ז _____ חתימת המבוטח/ת 

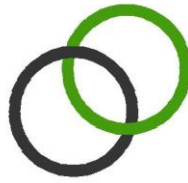
14. חובת המצאת "אישור חיים" למקבל קצבה השוהה מחוץ לישראל

נבקש להביא לידיעתך כי על-פי הדין, זכאית קרן פנסיה לקבל מרשות האוכלוסין וההגירה מידע על שהותו של מקבל קצבה מחוץ לישראל, לצורך בדיקת זכאותו להמשך קבלת קצבה מקרן הפנסיה. מאחר שהזכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירתו של מקבל הקצבה, נקבע בהוראות הממונה כי בעת שהותך מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, יהא עליך להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" לצורך בדיקת זכאותך להמשך קבלת קצבה וכן יהא עליך להמציא פרטים ליצירת קשר עמך בתקופת שהותך בחו"ל.
אם שהייתך תתארך, יהא עליך להמציא "אישור חיים" אחת לחצי שנה, כל עוד את/ה שוהה מחוץ לישראל.
אי המצאת "אישור חיים" כאמור, תביא להפסקה בתשלומי הקצבאות, בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.

15. ויתור סודיות:

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ כתובת מגורים _____
נותן/ת בזאת רשות לכל עובד חברות/סוכנויות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה.
כמו כן, אני נותן/ת בזאת לכל עובד רפואי ו/או למוסד רפואי ו/או שיקומי ו/או לקופת חולים ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הבריאות ו/או למשרד הרווחה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מי שבידיו מידע, כולם יחד או כל אחד מהם לחוד (להלן - מחזיקי המידע), למסור לכל אחת מקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר (מבטחים, מקפת, קרן פועלי בניין, קופת הפנסיה לעובדי הדסה, קרן הגמלאות של חברי אגד, קרן הגמלאות המרכזית (קג"מ), קרן פועלים חקלאיים ונתיב), או לכל מי שקרן הפנסיה תמנה (להלן - המבקשים), את הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, על מצבי הבריאותי, כולל בריאותי הנפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית שיש לי, לרבות מחלות שחליתי בהן בעבר ו/או שאני חולה בהן בהווה ועל ההגבלות על תפקודי בשל לקויות אלה, ולרבות כל מידע סוציאלי הנובע ממצבי הבריאותי.





אני משחרר/ת בזה את מחזיקי המידע, ואת העובדים או המשרתים במסגרתם ו/או הפועלים מטעמם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע הנזכר לעיל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי כלפי מחזיקי המידע או כלפי המבקשים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

אני מאשר/ת כי קראתי והבנתי את כל סעיפי הבקשה וההצהרות הכלולות בה (יש למלא ולחתום כאן, גם במילוי הטופס ע"י מיופה כח / אפוטרופוס)			
X			
תאריך	שם העמית/ה	מספר ת"ז	חתימת העמית/ה

אישור עו"ד / נציג הקרן

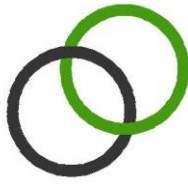
אני מאשר כי היום _____ הופיע/ה בפני המבקש/ת _____ שזוהה/תה על ידי באמצעות תעודת זהות שמספרה _____, (שהעתקה המאומת מצ"ב) וחתם/ה על הבקשה לאחר שאישר/ה את נכונות פרטי הבקשה, ההצהרות והאסמכתאות המצורפות אליה.

X

_____ חתימת המבוטח/ת

_____ שם מלא, חתימה וחותמת
עוה"ד / נציג הקרן

_____ תאריך
(זהה לחתימת העמית)



הצהרה

פרטים אישיים

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
עדכון כתובת			טלפון
סוג פנסיית הנכות		החל מיום	ועד
שיעור פנסיית הנכות שנקבעה על ידי הוועדה הרפואית של קרן הפנסיה: %			
הפנסיה נכון לחודש		ש"ח	

הצהרה לגבי הכנסות נוספות (נא לסמן X באפשרות הנכונה ולמלא את הפרטים בהתאם לצורך)

אין לי הכנסות נוספות מלבד פנסיית הנכות המשולמת ע"י הקרן, מצ"ב אישור תקופות ביטוח ומעסיקים מהמוסד לביטוח לאומי.

יש לי הכנסות נוספות מלבד פנסיית הנכות המשולמת ע"י הקרן.

- הכנסת עבודה (שכיר) פירוט: _____
- הכנסה מעסק ומשלח יד (עצמאי) פירוט: _____
- הכנסה מקצבה (ביטוח לאומי וכדו') פירוט: _____

המצאת מסמכים לקרן

שכיר

לטופס זה מצורפים:

1. אישור תקופות ביטוח ומעסיקים מהמוסד לביטוח לאומי. הטופס מתייחס לתקופה שמיום תחילת זכאותי לפנסיה נכות, או מן המועד האחרון שלגביו הגשתי לקרן טופס כאמור בעבר לפי המאוחר.
2. 3 תלושי משכורת אחרונים ממקום עבודתי.
3. טופס 106 של השנה שקדמה לשנת היציאה לנכות לראשונה וכן טפסי 106 לשלוש השנים האחרונות בהן קיבלתי קצבת נכות.

עצמאי

שומה עצמית לכל שנת מס בשלוש השנים האחרונות בהן קיבלתי קצבת נכות ושומת מס הכנסה סופית האחרונה שיש בידי.

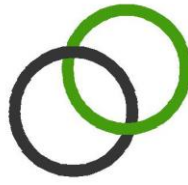
הצהרה ויפוי כח

אני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי הפרטים שמילאתי בטופס זה מלאים ונכונים. ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לדרוש ממני כספים ששולמו לי על סמך פרטים שמסרתי בודעי כי אינם נכונים, או שמסרתי בשוגג. אני מתחייב/ת להודיע לקרן הפנסיה בכתב על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי ובמצב הכנסתי תוך חודש ימים מן היום בו נודע לי על שינוי. אני מייפה את כוחכם, לפנות בשמי ובמקומי אל המוסד לביטוח לאומי ולקבל כל פרטים הנוגעים לנכותי, להכנסתי מעבודה, שמות מעסיקי, לרבות אישור תקופות ביטוח ומעסיקים.

X

תאריך **שם מלא** **מס' תעודת זהות** **חתימה**





דף הסבר – טופס 101 (כרטיס עובד)

מצורף טופס 101 (כרטיס עובד) ריק. נבקשך למלא את פרטיך ולהחזירו אלינו חתום. לתשומת לבך, מצורפים דגשים למילוי הטופס:

- יש למלא את הטופס על כל סעיפיו, **דגש מיוחד לסעיפים ד, ה, ו**, כולל תאריך וחתימה בגב הטופס.
- סעיף ד'** – פרטים על הקצבה המשולמת על ידי הקרן. יש לסמן X בריבוע ליד הקצבה ("קצבה" - (6)). אין צורך למלא תקופת עבודה.
- סעיף ה'** – פרטים על הכנסות אחרות: אם ציינת כי יש לך הכנסה נוספת, נא לבצע תאום מס הכנסה.
- אין לדווח על קצבאות פטורות ממס**: קצבאות זקנה, נכות ושארים המשולמות ע"י ביטוח לאומי, קצבה מהלשכה לשיקום נכים. כמו כן אין לדווח על קצבת שאירים אם סך קצבאות השאירים (למעט קצבאות פטורות) מתחת ל 9,120 (הסכום מעודכן נכון ל- 01/2023)
- סעיף ו'** – פרטים על בן/בת זוג. אם ציינת כי לבן/בת הזוג הכנסה אחרת לרבות קצבה, יש לציין את מקור הקצבה.
- סעיף ז'** - שינויים שחלו במהלך השנה. יש להודיע לקרן על כל שינוי שחל בפרטים האישיים שלך במהלך השנה (מצב משפחתי, כתובת).
- סעיף ח'** – פטורים או זיכויים. אם אתה/עונה על אחד מהקריטריונים הרשומים בסעיף זה, יש לצרף אישור מתאים.
- בטופס 101 המצ"ב (דף 2 בתחתית העמוד) קיים הסבר נוסף למילוי הטופס.

טופס ללא סימון בסעיפים ד' ו-ה' וללא חתימתך יוחזר לך למילוי החסר.

פרטים עובד⁽¹⁾



סמך/י ✓ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

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

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ 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 (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)		כתובת פרטית		
רחוב/שכונה		מספר	עיר/ישוב	מיקוד
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> מוצב משפחתי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון	מספר טלפון נייד	/

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

סמך/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

תאריך תחילה העבודה ⁽¹⁾ בשנת המס	אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף) <input type="checkbox"/> משכורת חודש ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> משכורת חלקית ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> קצבה ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> מלגה ⁽¹⁾	1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

ה. פרטים על הכנסות אחרות

<input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה ומלגה ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן: <input type="checkbox"/> משכורת חודש ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> משכורת חלקית ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> מלגה ⁽¹⁾ אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמך/י:
<input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת ⁽⁷⁾
<input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו ⁽⁸⁾
<input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽⁹⁾
<input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

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

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

תאריך השינוי	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

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

<input type="checkbox"/> 1	אני תושב/ת ישראל.
<input type="checkbox"/> 2	אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
<input type="checkbox"/> 3	אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה ⁽¹³⁾ מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.
<input type="checkbox"/> 4	אני עולה חדש/ה מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיקונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. חובה לצרף: תעודת עולה.
<input type="checkbox"/> 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 עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.
<input type="checkbox"/> 6	אני הורה במשפחה חד הורית ⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
<input type="checkbox"/> 7	בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹²⁾ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .
<input type="checkbox"/> 8	בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽¹²⁾ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .
<input type="checkbox"/> 9	אני הורה יחיד ⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).
<input type="checkbox"/> 10	בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
<input type="checkbox"/> 11	אני הורה ל_____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
<input type="checkbox"/> 12	בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
<input type="checkbox"/> 13	מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
<input type="checkbox"/> 14	אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
<input type="checkbox"/> 15	בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

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

<input type="checkbox"/> 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.																													
<input type="checkbox"/> 2	יש לי הכנסות נוספות ממשכורת ⁽¹⁾ כמפורט להלן:																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">המס שנוכה</th> <th rowspan="2">הכנסה חודשית</th> <th rowspan="2">סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)</th> <th colspan="3">המעביד / משלם שכורת⁽¹⁾</th> </tr> <tr> <th>שם</th> <th>כתובת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>				המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	המעביד / משלם שכורת ⁽¹⁾			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים						9						9						9
המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	המעביד / משלם שכורת ⁽¹⁾																											
			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים																									
					9																									
					9																									
					9																									
<input type="checkbox"/> 3	פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.																													

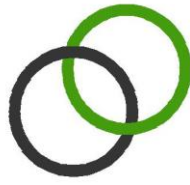
י. הצהרה

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 בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

תאריך _____ חתימת המבקש/ת _____

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש
- (3) משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד עבודה נוספת".
- (4) משכורת חלקית
- (5) שכר עבודה
- (6) קצבה
- (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 לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי לוח הניכויים.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.



מערכת הכללים שלנו –

איך אנחנו מבררים ומיישבים תביעות?

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 2022-9-2, אנחנו מציגים בפניכם את מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות בקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר. מזמינים אתכם לצפות במערכת הכללים מאתר עמיתים או לקבל אותה באמצעות פנייה למוקד השירות הטלפוני *6667.

1. קצת הגדרות משפטיות

א. "אזרחים ותיקים" - מי שמלאו להם 67 שנים.

ב. "יום עסקים" - כהגדרתו בחוק השקעות משותפות בנאמנות, התשנ"ד-1994.

ג. "קרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר", "הקרנות" או "קרנות הפנסיה" או "הקרן"-

- מבטחים מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן מקפת מרכז לפנסיה ותגמולים אגודה שיתופית בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן הגמלאות המרכזית של עובדי ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן ביטוח ופנסיה לפועלים חקלאיים ובלתי מקצועיים בישראל - א.ש. בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן הביטוח והפנסיה של פועלי הבניין ועבודות ציבוריות א.ש. בע"מ (בניהול מיוחד);
- קופת הפנסיה לעובדי הדסה בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן הגמלאות של חברי "אגד" בע"מ (בניהול מיוחד);
- נתיב - קרן הפנסיה של פועלי ועובדי משק ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד);

ד. "תביעה" - דרישה מאחת או יותר מקרנות הפנסיה הוותיקות למימוש זכויות לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות.

ה. "תובעים" - מי שהציגו תביעה לקרנות הפנסיה הוותיקות, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיבו במסגרת עיסוקם נזק שנגרם לאחר ובאו בתביעה כלפי קרנות הפנסיה הוותיקות להיפרע את הטבת אותו נזק.

2. באילו מקרים מערכת כללים זו חלה?

מערכת כללים זו חלה על תביעות בגין סיכוני נכות ומוות בלבד במסגרת תקנון קרן הפנסיה כלומר, תביעות לבקשת קצבת נכות ובקשות לקבלת קצבת שאירים.

3. ממתי חלה מערכת כללים זו?

תחילתה של מערכת כללים זו מיום 1 ביוני 2011. מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר מועד זה.





4. הודעות שאנו שולחים במהלך התביעה

א. בכל תביעה שתוגש אלינו כמצוין מעלה, אנו נמסור לתובעים בהקדם האפשרי:

- קישור לצפייה במערכת כללים זו;
- פירוט הליך בירור התביעה ויישובה;
- הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובעים;
- פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובעים לשם בירור ויישוב תביעה;
- טופס הגשת תביעה והנחיות לגבי מילוי;
- הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה.

מידע זה מופיע גם באתר עמיתים.

ב. אזרחים וותיקים יכולים להגיש תביעה גם באמצעות שיחת טלפון. השיחה תוקלט ותתועד במערכות שלנו.

ג. אנו נמסור לתובעים בהקדם האפשרי הודעה בכתב אודות קבלת מסמכי התביעה ומועד קבלתם.

ד. אם נדרשים מסמכים נוספים, אנו נודיע על כך ונבקש לקבל אותם תוך 14 ימי עסקים מיום ההודעה.

ה. אנו לא נבקש לקבל מידע או מסמכים שסביר להניח שהתובעים לא יכולים להשיגם / רשאי לקבלם אלא אם יש יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים הללו נמצאים בידי התובעים.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

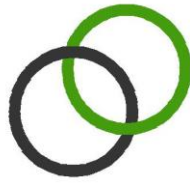
5. הודעה על סטטוס הטיפול בתביעה ותוצאותיו

אנו נעדכן את התובעים בסטטוס הטיפול בתביעה בתוך 30 יום מהמועד שבו התקבל כל המידע והמסמכים הדרושים, או מהמועד שבו התקבל טופס תביעה מלא כנדרש (המאוחר מבין השניים).

6. הודעת תשלום

אם התקבלה החלטה על תשלום תביעה, אנו נמסור לתובעים במועד התשלום הודעה בכתב או תלוש קצבה או הפניה למסמכים המתייחסים לנושאים אלו ומצורפים להודעה, אם הם רלוונטיים למקרה התביעה:

- סיבת התשלום;
- פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב;
- סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה;



- פירוט של הקיזוזים שנוכו מהתשלום כיוון שהתובעים מקבלים תשלומים בשל אותה סיבת נכות שלא מקרן הפנסיה ושלפי התקנון או הוראות הדין יש לקזום מהתשלום.
- פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לקרן הפנסיה מאת התובע;
- פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה;
- סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה;
- הריבית החלה באותה עת וציון ההוראות החלות לגביה;
- הסכום שנוסף לתשלום בשל הפרשי הצמדה וריבית;
- המועד שבו היו בידינו מסמכי התביעה;
- סכום התשלום הראשון;
- מנגנון עדכון התשלומים;
- המועד הראשון שלו זכאים התובעים לתשלום;
- משך התקופה המרבית עבורה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות התקנון או הדין;
- משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של הזכאות;
- הכללים לבדיקה מחודשת של הזכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;
- מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.

א. אם התקבלה החלטה על תשלום חלקי של התביעה, אנו נמסור לתובעים במועד התשלום הודעה בכתב הכוללת שני חלקים:

- חלק ראשון יפרט את מרכיבי התשלום שאושר ובהתאם למפורט מעלה;
- חלק שני יפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.

7. הודעת דחייה

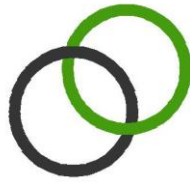
אם התקבלה החלטה על דחיית התביעה, אנו נמסור לתובעים הודעה בכתב שבה יפורטו כל נימוקי הדחייה, כולל תנאי התקנון או הוראות הדין שעל בסיסם נדחת התביעה.

8. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

א. אם אנו נזדקק לזמן נוסף לצורך בירור התביעה, אנו נמסור לתובעים הודעה בכתב על כך ויפורטו בה הסיבות לכך שנדרשת הארכת הזמן והמסמכים הנוספים הנדרשים כדי להשלים את הבירור.

ב. הודעת המשך הבירור תימסר לתובעים לפחות כל 90 ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה - לפי העניין - למעט במקרים הבאים:

- התובעים פנו לערכאות משפטיות;
- אם התובעים לא הגיבו לאחר שנמסרו להם שתי הודעות המשך בירור עוקבות, הכוללות בקשה למידע או למסמך - ובלבד שבהודעה האחרונה לתובעים צוין כי לא יישלחו הודעות נוספות.



ג. לאזרחים וותיקים אנו נמסור הודעת המשך הבירור גם בעל פה, אלא אם הם אישרו שההתקשרות עמם תהיה בערוצים דיגיטליים.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

9. הודעה על התיישנות תביעה

א. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תופיע פסקה המציינת בהבלטה את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה לקרן אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות להבדיל מהגשת תביעה לבית משפט.

ב. בכל הודעה אחרת הנשלחת לתובעים בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה, תופיע הפסקה מעלה אודות ההתיישנות, ותופיע גם הודעה על כך שמרוץ ההתיישנות החל במועד קרות האירוע המזכה בציון מועד קרות האירוע.

ג. בכל מקרה, הארכת תקופת ההתיישנות תחול אך ורק במקרה בהתקיים התנאים הקבועים בחוק התיישנות.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

10. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תופיע פסקה המציינת בהבלטה את זכויות התובעים הבאות:

א. להשיג על החלטה (והדרך לעשות זאת);

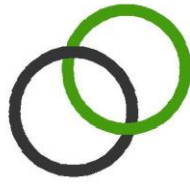
ב. להציג את ההשגה בפני הממונה על פניות הציבור של הקרן (והדרך לעשות זאת, כולל פרטי הממונה ואופן ההתקשרות אתו);

ג. להציג את ההשגה בפני גורמים נוספים, כולל ערכאה שיפוטית או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

11. בדיקה מחודשת של זכאות

א. בסעיף זה, "בדיקה מחודשת של זכאות", לעניין קצבת נכות, פירושה בדיקה נוספת שנערכת לפי החלטת הקרן במהלך תקופת הזכאות לקצבת נכות, לעניין זכאות התובעים לקצבת נכות, לרבות שיעור הנכות, לגבי התקופה האמורה. הקרן המבקשת לבדוק מחדש זכאות התובעים לקבלת תשלומים שוטפים, תעשה זאת לפי הכללים שבתקנון הקרן.



- ב. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותם של התובעים לקבלת תשלומים שוטפים יימסרו לתובעים עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי ובהודעה על החלטת רופא/ת הקרן (לתובעים שנקבעה להם נכות עד גיל פרישה תקנוני) וכן יפורטו באתר עמיתים.
- ג. אם יידרשו עלויות לצורך בדיקה מחדש, התובעים לא יישאו בהן.
- ד. אם כתוצאה מהבדיקה המחודשת, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים שוטפים המשולמים לתובעים, ייעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בתקנון ואם אין כאלה – אנו נמסור לתובעים הודעה על השינוי לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים - אך לא יותר מ-60 ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים.
- ה. ההודעה לתובעים אודות השינוי בזכאות תכלול את כל הנימוקים להחלטה להקטין או להפסיק את התשלומים השוטפים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה, בשינויים המחוייבים.
- ו. מובהר כי אין בדברים הללו שנאמרו מעלה כדי לגרוע מזכותן של קרנות הפנסיה הוותיקות לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי.

12. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

אנו נשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטחים או תובעים, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בקרן, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר מ-30 ימים ממועד קבלת הפניה. לעניין אזרחים וותיקים - לא יאוחר מ- 21 ימים ממועד קבלת הפניה.

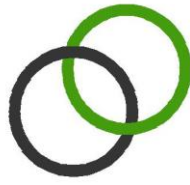
13. מתן העתקים

- א. אנו נמסור לתובעים, אם יבקשו, העתק מן מהתקנון בתוך 14 ימי עסקים ממועד הבקשה.
- ב. אנו נמסור לתובעים, אם יבקשו, העתקים מכל מסמך שהתובעים חתומים עליו, מכל מסמך שהתובעים מסרו לנו או מכל מסמך אשר התקבל אצלנו בהסכמתם, בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה. אם המסמכים כבר הועברו לתובעים בעקבות פניות קודמות או אם המסמכים המבוקשים אינם רלוונטיים לתביעה, אנו פטורים ממסירתם לתובעים.

14. סיכום זמני הטיפול בהתאם למערכת הכללים:

הפעולה	זמן הטיפול
דרישת מידע ומסמכים נוספים מהיום שהתברר הצורך בהם	14 ימי עסקים
לאחר קבלת כל המסמכים, מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים
מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים
מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים





עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימים
מענה בכתב לפניית ציבור של אזרחים וותיקים	21 ימים
מסירת העתקים מתקנון	14 ימי עסקים
מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתמו התובעים	21 ימי עסקים

בברכה,

עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

