

ראשית ברצוננו להביע את השתתפותנו בצערכם על פטירת יקירכם. החסכון הקיים בקרן פנסיה ה.ע.ל, שבניהולה של הראל פנסיה וגמל בע"מ, על שם המנוח מקנה לשאיריו זכות לקבלת פנסיית שאירים, בהתאם ובכפוף לתקנון הקרן.

שאיר מוגדר על פי תקנון הקרן כאחד מאלה -

- ילדים עד גיל 21 של העמית.
- ילדים מעל גיל 21, הורים או חמיו (הורים של בן/ת זוג) של העמית, ובתנאי שהם היו תלויים אך ורק בו לפרנסתם. לדוגמא, ילד מוגבל שאינו יכול לעבוד, של עמית שנפטר, זכאי לפנסיית שאירים גם אם עבר את גיל 21.
- בן/ת הזוג זכאים לפנסיה למשך כל ימי חייהם. שאירים אחרים זכאים לפנסיית שאירים בהתאם לתקנון הקרן.

בכדי לקבל את פנסיית השאירים יש לפעול באופן הבא:

## למלא:

- טופס בקשה לפנסיית לשאירים - חתום על ידי כל אחד מהשאירים (מצ"ב).
- אישור ויתור סודיות רפואית (מצ"ב).
- כרטיס עובד (טופס 101 של מס הכנסה) - עבור כל אחד מהשאירים שאינו קטין (מצ"ב).
- באם סיבת הפטירה היא תאונה (קרי, אינה מחלה) - נבקשך למלא הצהרה בדבר הגשת תביעה כנגד צד שלישי (מצ"ב).

## לצרף:

- תעודת פטירה מקורית בלבד.
- צילום ת.ז. של כל אחד מהשאירים (שאינו קטין) כולל כל הספח.
- המחאה מבוטלת או אישור חשבון, לצורך אימות פרטי חשבון הבנק - עבור כל שאיר (שיש לו חשבון בנק).
- אישור הרופא המטפל על התאונה/מועד תחילת המחלה שגרמה לפטירה.
- צו ירושה של המנוח/צוואה וצו קיום צוואה חתומים כדיון. יש להקפיד על חותמת ברורה וקריאה של המסמכים המועברים.
- \*יש לשלוח את המסמכים בצירוף הטפסים כשהם חתומים.
- \*\*ייתכן ויידרשו מסמכים נוספים בהתאם לשיקול דעתה של חברה.

## אופן תשלום הפנסיה:

- באמצעות העברה בנקאית לכל שאיר.

\*לידיעתך, בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון וככל שתשהה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חדשים יהא עליך לדווח לקרן ולהמציא "אישור חיים" לצורך בדיקת זכאותך להמשך קבלת קצבה. וכן יהא עליך להמציא פרטים ליצירת קשר בתקופת שהותך בחו"ל.

בקשה לתשלום פנסיית שאירים -  
קרן פנסיה ה.ע.ל.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

לכבוד:  
הראל פנסיה וגמל בע"מ (המנהלת את קרן הפנסיה ה.ע.ל.)  
רח' אבא הלל 3, ת.ד. 10951, רמת גן מיקוד: 5252202

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס שמספרו: 03-7348044 או לדוא"ל: HaalK@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

א פרטי השאירים

|                                                                                                                                                                                                                 |  |          |  |             |  |            |  |       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--|-------------|--|------------|--|-------|--|
| פרטי בן/ת הזוג (טופס זה ימולא על ידי בן/ת זוג עבורו/ה ועבור ילדיהם המשותפים. באם יש שאירים נוספים נדרש למלא טופס נפרד עבורם)                                                                                    |  |          |  |             |  |            |  |       |  |
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                        |  | שם פרטי  |  | מס' ת.ז.    |  | תאריך לידה |  | מין   |  |
| רחוב                                                                                                                                                                                                            |  | מספר בית |  | ישוב        |  | מיקוד      |  | טלפון |  |
| טלפון נייד                                                                                                                                                                                                      |  |          |  |             |  |            |  |       |  |
| שאירים נוספים, באם ישנם:<br>**אם השאיר הוא קטין, יחתום האפוטרופוס שלו במקומו.<br>**יש לרשום את כל שאירי העמית, לרבות פרטי חשבון הבנק באם ישולם לכל שאיר בנפרד. אם חסר מקום נא לצרף דף נוסף עם רישום כל השאירים. |  |          |  |             |  |            |  |       |  |
| שם מלא                                                                                                                                                                                                          |  | מס' ת.ז. |  | קירבה לעמית |  | כתובת      |  |       |  |
| שם מלא                                                                                                                                                                                                          |  | מס' ת.ז. |  | קירבה לעמית |  | כתובת      |  |       |  |
| שם מלא                                                                                                                                                                                                          |  | מס' ת.ז. |  | קירבה לעמית |  | כתובת      |  |       |  |

ב פרטי העמית בקרן (הנפטר)

|          |         |          |
|----------|---------|----------|
| שם משפחה | שם פרטי | מס' ת.ז. |
|          |         |          |

ג פרטי חשבון בנק

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|------------|
| שם הבנק                                                                                                                                                                                                                                                                                              | מספר הבנק   | שם הסניף | מספר הסניף |
| כתובת הסניף                                                                                                                                                                                                                                                                                          | מספר החשבון |          |            |
| שמות בעלי החשבון                                                                                                                                                                                                                                                                                     | מס' ת.ז.    |          |            |
| בכל מקרה שיועבר תשלום לחשבון הנ"ל בטעות מעבר לזכאותך ע"פ כל דין, תהיה הקרן זכאית לקבל מהבנק החזר התשלום מיד עם דרישה ראשונה. כמו כן, לידיעתך, הוראה זו הינה בלתי חוזרת. לא תהיה לך רשות לבטלה או לשנותה וכוחה יהיה יפה גם לאחר פטירתך והיא תחייב גם את יורשייך, אפוטרופוסך ומנהל עיזבונך, ככל שיהיו. |             |          |            |

ד קבלת עדכון בדבר סטאטוס הטיפול בתביעתי (ניתן לסמן אפשרות אחת בלבד)

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בתביעתי באמצעות:                                     |
| <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני                                                          |
| <input type="checkbox"/> דואר לכתובת מגוריי                                                     |
| יובהר וככל ולא תסמן את אחת האפשרויות לעיל, ברירת המחדל תהיה לקבל עדכונים באמצעות דואר אלקטרוני. |

ה הצהרה על אי-קיום שאירים נוספים

|                                                                                                                                                                                                                                                    |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. אנו מצהירים בזאת כי אנו שאיריו היחידים (לפי פירוש תקנון הקרן למושג שאירים) של העמית ודרישתנו הינה בהתאם לתקנון קרן פנסיה ה.ע.ל.                                                                                                                 |       |
| 2. הנני מצהיר כי פרטי האישיים הם כרשום לעיל וכי על כל שינוי בהם אודיעכם בכתב. ידוע לי כי החברה המנהלת תהא רשאית לשלול ו/או להפחית את זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן. |       |
| 3. 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.                                                                                                                     |       |
| 4. הנני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות הפרטים שמסרתי ואמסור לכם במרשם האוכלוסין.                                                                                                                                                      |       |
| חתימה                                                                                                                                                                                                                                              | תאריך |

הואיל: ולקטין ..... ת.ז. .... (להלן: "הקטין") זכויות שאיר/מוטב/יורש בקרן הפנסיה .....  
שבניהול הראל פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "הראל" ו/או "החברה המנהלת"), בחשבון שמספרו ..... (להלן: "החשבון") ע"ש  
המנוח ..... ז"ל ת.ז. ....

והואיל: ופינו לחברה המנהלת בבקשה למשוך את הכספים להם זכאי הקטין כשאיר/מוטב/יורש, המצויים בחשבון ע"ש המנוח.  
והואיל: וסעיף 17 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, קובע כי "באפוטרופסותם לקטין חייבים ההורים לנהוג לטובת הקטין כדרך  
שהורים מסורים היו נוהגים בנסיבות הענין".

**הננו מצהירים ומתחייבים בזה כדלקמן:**

משיכת הכספים כאמור בבקשתנו המצ"ב הינה לטובת הקטין ועולה כדי התנהגות שהורים מסורים היו נוהגים בנסיבות הענין.  
אנו מתחייבים כלפי הראל לשפותה ולפצותה לפי דרישתה הראשונה בכתב, בכל מקרה של תביעה ו/או דרישה ו/או טענה ו/או הפסד ו/או נזק ו/או הוצאות  
שייגרמו לחברה המנהלת מצד הקטין ו/או מי מטעמו ו/או כל רשות מוסמכת עקב ו/או בקשר עם משיכת הכספים כאמור לעיל.

התחייבותנו זאת ניתנת בידי כל אחד מאיתנו, ביחד ולחוד, והינה בלתי חוזרת ואינה ניתנת לביטול.

**פרטי ההורים:**

שם האם + שם משפחה: ..... ת.ז. .... חתימה 

שם האב + שם משפחה: ..... ת.ז. .... חתימה 

**אישור זיהוי**

הננו מאשרים כי הורי הקטין שפרטיהם מצוינים לעיל חתמו בפנינו על כתב התחייבות לשיפוי זה וכי זיהינו כל אחד מהם עפ"י תעודות זהות.

|              |                        |       |
|--------------|------------------------|-------|
| .....        | .....                  | ..... |
| חתימה וחותמת | שם נציג הראל/עו"ד/סוכן | תאריך |

**לכבוד:**

הראל פנסיה וגמל בע"מ (המנהלת את קרן הפנסיה ה.ע.ל.)  
רח' אבא הלל 3, ת.ד. 10951, רמת גן מיקוד: 5252202

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס שמספרו: 03-7348044 או לדוא"ל: HaalK@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

אני החתום/ה מטה שאיר/ה של המנוח/ה

| שם פרטי | שם משפחה |
|---------|----------|
| ת. זהות | קרבה     |
| כתובת   |          |

שנפטרה/ה ביום ..... (להלן - "המנוח") מיפה את כוחכם בייפוי כוח בלתי חוזר זה לפנות ולקבל מרופאים, עובדים רפואיים אחרים, מוסדות רפואיים וסניפיהם, בתי חולים ומרפאותיהם (כולל מוסדות פסיכיאטרים), מוסדות שיקומיים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה, צבא הגנה לישראל, משרד הבטחון, משרד הבריאות או כל מי שבידו מידע, כולם ביחד וכל אחד לחוד (אשר יכוננו להלן - "בעלי מידע רפואי") אשר מטפלים בי כיום ו/או שטיפלו בי בעבר את כל הפרטים, בלי יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש על ידכם, על מצב בריאותי ועל כל מחלה או תאונה שהגני סובל ממנה כיום ו/או שסבלתי ממנה בעבר, על ההגבלות על תפקודי וכל מידע סוציאלי הנובע ממצבי הבריאותי.

הגני משחרר את בעלי המידע הרפואי ו/או מי מטעמם מחובת שמירת סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי הראל פנסיה וגמל בע"מ או מי מטעמה ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהוא כלפי בעלי המידע הרפואי או כלפי מבקש המידע בקשר למסירת הפרטים הנ"ל.

הגני נותן ויתור זה בעניין בקשתי לקבלת פנסיה מקרן פנסיה ה.ע.ל, שבניהולה של הראל פנסיה וגמל בע"מ.

**ולראיה באתי על החתום:**

| שם פרטי | שם משפחה |
|---------|----------|
| ת. זהות | תאריך    |
| כתובת   | חתימה    |

**אימות חתימה ע"י עד\***

|                                                                                                              |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| הגני מאשר בזאת כי מר/גב' .....                                                                               | נושא/ת ת.ז. ....              |
| חתמ/ה בפניי על טופס זה וזאת לאחר שקרא/ה את תוכנו ואימתתי את פרטי החותמ/ת המופיעים בטופס זה על פי תעודת זהות. |                               |
| תאריך: .....                                                                                                 | שם העד: .....                 |
| *עד לאימות חתימה יהיה בנוכחות עורך דין או רופא                                                               | חתימת העד + מס' רישיון: ..... |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

לכבוד:  
הראל פנסיה וגמל בע"מ (המנהלת את קרן הפנסיה ה.ע.ל.)  
רח' אבא הלל 3, ת.ד. 10951, רמת גן מיקוד: 5252202

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס שמספרו: 03-7348044 או לדוא"ל: HaalK@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

| א פרטי השאירים           |  |  |            |  |  |             |  |  |            |
|--------------------------|--|--|------------|--|--|-------------|--|--|------------|
| פרטי בן/ת הזוג           |  |  |            |  |  |             |  |  |            |
| שם משפחה                 |  |  | שם פרטי    |  |  | מס' ת.ז.    |  |  | תאריך לידה |
| רחוב                     |  |  | מספר בית   |  |  | ישוב        |  |  | מיקוד      |
| טלפון                    |  |  | טלפון נייד |  |  |             |  |  | מין        |
| שאירים נוספים, באם ישנם: |  |  |            |  |  |             |  |  |            |
| שם מלא                   |  |  | מס' ת.ז.   |  |  | קירבה לעמית |  |  | כתובת      |
| שם מלא                   |  |  | מס' ת.ז.   |  |  | קירבה לעמית |  |  | כתובת      |
| שם מלא                   |  |  | מס' ת.ז.   |  |  | קירבה לעמית |  |  | כתובת      |

| ב פרטי העמית המנוח |  |  |         |  |  |             |  |  |            |
|--------------------|--|--|---------|--|--|-------------|--|--|------------|
| שם משפחה           |  |  | שם פרטי |  |  | מס' ת.ז.    |  |  | תאריך לידה |
| תאריך לידה         |  |  | מין     |  |  | תאריך פטירה |  |  |            |

1. כתב שיפוי לתאונת דרכים / עבודה  
במקרה של תאונת דרכים ו/או תאונת עבודה יש לחתום על כתב השיפוי המצ"ב ולהעבירו אלינו חתום ומלא. יש להעביר טופס מקורי בלבד.
- סוג התאונה
- ☐ תאונת דרכים
- ☐ תאונת עבודה (התאונה התרחשה בדרך אל העבודה שלי או תוך כדי העבודה שלי או בדרך מהעבודה אל ביתי או למקום אחר)
- ☐ תאונה אחרת

מקום ארוע התאונה

תאריך התאונה

נסיבות התאונה:

2. האם נמסרה הודעה למשטרה על התאונה? ☐ לא ☐ כן - נא להשלים את הפרטים הבאים:

הודעה נמסרה לתחנת המשטרה ב: מס' התיק במשטרה: .....

☐ מצ"ב העתק התלונה / אישור הגשת התלונה שהוגשה בגין התאונה.

3. (א) האם העמית המנוח הגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין התאונה בטרם נפטר? ☐ לא ☐ כן - נא להשלים את הפרטים הבאים:

מספר ההליך: ..... בית המשפט בו הוגשה התביעה: .....

שם עורך הדין שייצג את העמית המנוח: ..... תאריך הגשת התביעה: .....

כתובת: ..... טלפון: .....

נא לצרף את כתב התביעה.

- (ב) האם עזבון המנוח או השאירים או התלויים במנוח הגישו או עומדים להגיש תביעה לפיצויי נזיקין? ☐ לא ☐ כן - נא להשלים את הפרטים הבאים:

☐ מצ"ב העתק כתב התביעה.

הנתבעים הוא/הם: 1. ....

2. ....

3. ....

הנתבעים הוא/הם: 1. ....

2. ....

3. ....

כתובת הנתבעים: 1. ....

2. ....

3. ....

שם עורך הדין המייצג בתביעה: ..... כתובת: .....

מספר ההליך: ..... בית המשפט בו הוגשה התביעה: .....

תאריך הגשת התביעה: ..... טלפון: .....

4. האם הוגשה או הנך עומד להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן - נא להשלים את הפרטים הבאים:

תאריך הגשת התביעה: .....

☐ מצ"ב העתק הטפסים של התביעה לביטוח לאומי.

5. האם אתה קיבלת או שאיר/תלוי אחר קיבל פיצויים בגין התאונה או התביעה? ☐ טרם קיבלתי פיצויים ☐ כן - נא להשלים את הפרטים הבאים:

סכום הפיצויים שקיבלתי: ..... שם תאריך קבלת הפיצויים: .....

את הפיצויים קיבלתי מאת: 1. .... 2. ....

אני מתחייב להודיע להראל פנסיה וגמל בע"מ על כל שינוי בנתונים עליהם הצהרתי במסמך זה בתוך 30 ימים ממועד הצהרתי, באמצעות הודעה בכתב.



חתימה

שם מלא

תאריך

# התחייבות להחזר תשלומים לקרן בעת קבלת כספים מחברת הביטוח - קרן פנסיה ה.ע.ל.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

לכבוד:  
הראל פנסיה וגמל בע"מ (המנהלת את קרן הפנסיה ה.ע.ל.)  
רח' אבא הלל 3, ת.ד. 10951, רמת גן מיקוד: 5252202

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס שמספרו: 03-7348044 או לדוא"ל: HaalK@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

| פרטי העמית |          |         |        |            |            |
|------------|----------|---------|--------|------------|------------|
| מס' ת.ז.   | שם משפחה | שם פרטי | שם האב | תאריך לידה | מין        |
|            |          |         |        |            |            |
| רחוב       | מספר בית | עיר     | מיקוד  | טלפון      | מצב משפחתי |

**א** **הריני להצהיר בזאת, כדלקמן:**

- ביום ..... נפגעתי בתאונת דרכים (להלן: הפגיעה).
- פניתי אל חברת הביטוח ביום ..... בנוגע לפגיעה זו (מצ"ב טופס התביעה).
- סטאטוס הטיפול בתביעה מול חברת הביטוח הוא:  
☐ בתהליך בירור.  
☐ חברת הביטוח שילמה לי גמולים - מצ"ב פירוט דוח התשלומים.  
☐ חברת הביטוח הפסיקה לשלם לי גמולים בגין התביעה והטיפול בתיק הסתיים - מצ"ב אישור חברת הביטוח.  
☐ חברת הביטוח דחתה את תביעתי - מצ"ב מכתב דחייה מחברת הביטוח.
- אני מסכים שלקרן תהא זכות להפחית לי ו/או לבטל את פנסיית הנכות המגיעה לי ממנה כאשר אהיה זכאי לקבל תגמולים או קצבה מחברת הביטוח בגין אותה פגיעה. כמו כן, ידוע לי כי במידה ולא אפנה לחברת הביטוח ו/או לא אמצה את כל האפשרויות העומדות בפניי, תהיה הקרן רשאית להפחית לי ו/או לבטל את פנסיית הנכות המגיעה לי ממנה.
- אבקש מהקרן לשלם לי את פנסיית הנכות בהתאם לתקנון הקרן.
- אני מתחייב להחזיר לקרן, ללא צורך בפנייה ובדרישה מהקרן, את מלוא הסכומים שאקבל מהקרן, לרבות כל סכום חד פעמי כשהם נושאים ריבית והצמדה בהתאם לתקנון הקרן.
- אני מייפה את כוחה של הקרן או מי מטעמה להפחית מהכספים ומהזכויות העומדים לרשותי בקרן כל סכום שלא אחזיר מייד עם קבלת הכספים מחברת הביטוח.
- אני מתחייב להעביר לידי הקרן כל מסמך / מכתב / הודעה שאקבל מחברת הביטוח ובכל מקרה לעדכן את הקרן על מצב ההליכים מול חברת הביטוח אחת לחודשיים וכן בדבר כל תשלום ו/או דחייה.
- אני מתחייב לפנות אל חברת הביטוח ולעשות כל שביכולתי על מנת למצוא את מלוא זכויותי, לרבות חתימה על כל מסמך שאדרש לו והגשת כל מסמך רפואי ותביעה או ערעור לשם המשך/תחילת קבלת התשלומים מחברת הביטוח.
- אני מצהיר כי אין ולא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי הקרן ו/או החברה בגין בקשתנו זו או בגין פעולה שהקרן תעשה בגין התחייבותי לעיל, ואני מוותר לקרן ו/או לחברה ומוחל להן באופן מוחלט ומלא על כל סכום שתגבנה ממני בהתאם לאמור במסמך זה ועל פי הוראות התקנון, לרבות קיזוז כל סכום פנסיה שאני זכאי לו מהקרן.
- הנני מצהיר בזאת כי הסכמתי והתחייבותי האמורות הינן בלתי הדירות, ולא אוכל לחזור בי מהן.
- חתימתי על כתב התחייבות זה נעשית לאחר שקראתי אותו בעיון ותוכנו הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בו וגמרתי אומר להתחייב בו.
- אני מוותר בזאת באופן מוחלט על כל טענה, לרבות טענת התיישנות, זכות או ברירה המוקנית לי עפ"י כל דין, העשויה לפטור אותי מחובתי עפ"י כתב זה, או אחרת.
- אני מוותר בזאת על הצורך במשלוח התראות והודעות כלשהן בקשר לכלל האמור בכתב זה.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך ..... חתימה .....

אני, עו"ד / נציג הקרן ..... עד לחתימתו/ה של ..... לאחר שזיהיתי ע"פ ת.ז. ....

מאשר כי השאיר/ה חתמה/ה בפני על המסמך לאחר שהיו ברורות לו/לה ההשלכות המשפטיות הנובעות מהחתימה על המסמך.

תאריך ..... חתימה + חותמת .....

# התחייבות להחזר תשלומים לקרן בעת קבלת כספים מביטוח לאומי - קרן פנסיה ה.ע.ל.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

לכבוד:  
הרצל פנסיה וגמל בע"מ (המנהלת את קרן הפנסיה ה.ע.ל.)  
רח' אבא הלל 3, ת.ד. 10951, רמת גן מיקוד: 5252202

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס שמספרו: 03-7348044 או לדוא"ל: Haalk@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

## א פרטי העמית הנפטר

| מס' ת.ז.   | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין   |
|------------|----------|---------|------------|-------|
| רחוב       | מספר בית | עיר     | מיקוד      | טלפון |
| מצב משפחתי |          |         |            |       |

## ב פרטי השאיר

| מס' ת.ז.   | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין   |
|------------|----------|---------|------------|-------|
| רחוב       | מספר בית | עיר     | מיקוד      | טלפון |
| מצב משפחתי |          |         |            |       |

## ג הריני להצהיר בזאת, כדלקמן:

- ביום ..... נפטר העמית בתאונת עבודה (להלן: הפגיעה).
- פניתי אל ביטוח לאומי ביום ..... בנוגע לפגיעה זו (מצ"ב טופס התביעה).
- סטאטוס הטיפול בתביעה מול ביטוח לאומי הוא:
  - ☐ בתהליך בירור.
  - ☐ ביטוח לאומי שילם לי גמולים - מצ"ב פירוט דוח התשלומים.
  - ☐ ביטוח לאומי הפסיק לשלם לי גמולים בגין התביעה והטיפול בתיק הסתיים - מצ"ב אישור מביטוח לאומי.
  - ☐ ביטוח לאומי דחה את תביעתי - מצ"ב מכתב דחייה מביטוח לאומי.
- אני מסכים שלקרן תהא זכות להפחית לי ו/או לבטל את פנסיית השאירים המגיעה לי ממנה כאשר אהיה זכאי לקבל תגמולים או קצבה מביטוח לאומי בגין אותה פגיעה. כמו כן, ידוע לי כי במידה ולא אפנה לביטוח הלאומי ו/או לא אמצה את כל האפשרויות העומדות בפניי, תהיה הקרן רשאית להפחית לי ו/או לבטל את פנסיית השאירים המגיעה לי ממנה.
- אבקש מהקרן לשלם לי את פנסיית השאירים בהתאם לתקנון הקרן.
- אני מתחייב להחזיר לקרן, ללא צורך בפנייה ובדרישה מהקרן, את מלוא הסכומים שאקבל מהקרן, לרבות כל סכום חד פעמי כשהם נושאים ריבית והצמדה בהתאם לתקנון הקרן.
- אני מייפה את כוחה של הקרן או מי מטעמה להפחית מהכספים ומהזכויות העומדים לרשותי בקרן כל סכום שלא אחזיר מייד עם קבלת הכספים מביטוח לאומי.
- אני מתחייב להעביר לידי הקרן כל מסמך / מכתב / הודעה שאקבל מביטוח לאומי ובכל מקרה לעדכן את הקרן על מצב ההליכים מול ביטוח לאומי אחת לחודשיים וכן בדבר כל תשלום ו/או דחייה.
- אני מתחייב לפנות אל ביטוח לאומי ולעשות כל שביכולתי על מנת למצוא את מלוא זכויותי, לרבות חתימה על כל מסמך שאדרש לו והגשת כל מסמך רפואי ותביעה או ערעור לשם המשך / תחילת קבלת התשלומים מביטוח לאומי.
- אני מצהיר כי אין ולא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי הקרן ו/או החברה בגין בקשתנו זו או בגין פעולה שהקרן תעשה בגין התחייבותי לעיל, ואני מוותר לקרן ו/או לחברה ומוחל להן באופן מוחלט ומלא על כל סכום שתגבנה ממני בהתאם לאמור במסמך זה ועל פי הוראות התקנון, לרבות קיזוז כל סכום פנסיה שאני זכאי לו מהקרן.
- הנני מצהיר בזאת כי הסכמתי והתחייבותי האמורות הינן בלתי הדירות, ולא אוכל לחזור בי מהן.
- חתימתי על כתב התחייבות זה נעשית לאחר שקראתי אותו בעיון ותוכנו הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בו וגמרתי אומר להתחייב בו.
- אני מוותר בזאת באופן מוחלט על כל טענה, לרבות טענת התיישנות, זכות או ברירה המוקנית לי עפ"י כל דין, העשויה לפטור אותי מחובתי עפ"י כתב זה, או אחרת.
- אני מוותר בזאת על הצורך במשלוח התראות והודעות כלשהן בקשר לכלל האמור בכתב זה.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך ..... חתימה

אני, עו"ד / נציג הקרן ..... עד לחתימתו/ה של ..... לאחר שזיהיתי ע"פ ת.ז. ....

מאשר כי השאיר/ה חתמ/ה בפני על המסמך לאחר שהיו ברורות לו/לה ההשלכות המשפטיות הנובעות מהחתימה על המסמך.

תאריך ..... חתימה + חותמת

סמון/י  $\sqrt{\quad}$  בריבוע המתאים

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

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

שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המהלה אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למותן 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 המעסיק** (למילוי ע"י המעסיק)

|                 |                   |            |                  |
|-----------------|-------------------|------------|------------------|
| שם              | כתובת             | מספר טלפון | מספר תיק ניכויים |
| קרן פנסיה ה.ע.ל | אבא הלל 3, רמת גן |            | 936005511        |

**ב. פרטי העובדת/** (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                                                  |  |  |  |  |  |                                                             |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|                                                               |  |  |  |  |  |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  | כתובת פרטית                                                 |  |  |  |  |  |                                                             |  |  |  |  |  |                                                             |  |  |  |  |  | מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.) |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|                                                               |  |  |  |  |  |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  | רחוב/שכונה                                                  |  |  |  |  |  |                                                             |  |  |  |  |  |                                                             |  |  |  |  |  | מספר                            |  |  |  |  |  | עיר/ישוב |  |  |  |  |  | מיקוד |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
| מין                                                           |  |  |  |  |  | מצב משפחתי                                                                                                                  |  |  |  |  |  | תושב ישראל                                                     |  |  |  |  |  | חבר קיבוץ/מושב שיתופי                                       |  |  |  |  |  | חבר בקופת חולים                                             |  |  |  |  |  |                                                             |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> רווק/ה<br><input type="checkbox"/> אלמן/ה<br><input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש) |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> גרוש/ה<br><input type="checkbox"/> לא |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> כן.<br><input type="checkbox"/> לא |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> כן.<br><input type="checkbox"/> לא |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> כן.<br><input type="checkbox"/> לא |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 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 ממעסיק זה

סמן/י  $\sqrt{\quad}$  ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| <p>תאריך תחילה העבודה<sup>(1)</sup></p> <p>בשנת המס</p> | <p>אני מקבל/ת: (ראו הסברים מעבר לדף)</p> <p><input type="checkbox"/> משכורת חודש<sup>(2)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> משכורת חלקית<sup>(4)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> קצבה<sup>(6)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> מלגה<sup>(1)</sup></p> |   |   |   |   |
|                                                         | <table border="1"> <tr> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | : | : | : | : |
| :                                                       | :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | : | : | : |   |

[illegible]

## ה) פרטים על הכנסות אחרות

□ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה<sup>(1)</sup>

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

☐ משכורת חודש<sup>(2)</sup> ☐ שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup>

☐ משכורת בצד משרה נוספת (3) ☐ קצבה (6)

☐ משכורת חלקית<sup>(4)</sup> ☐ מלגה<sup>(1)</sup>

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמך/י:

☐ אבקוש להברל וקודות זיכוי ומדרגות מיט בונד ברוסטי זין

(סעיף 7) אינו מהלך/ת אותו בדיוקם אחרת<sup>(7)</sup>

[illegible]

ואתם נשל בני ציוני וציוני/ת לבני בוגד הבוסה זי (8)

אחות ועל כן איני זכאית להן כהן כנגד הכנסתן (ס)

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי

האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות

בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(9)</sup>

☐ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר

עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות

המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים

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 |  |
|                                 |  |                                                                                                                                                                                |  |         |  |            |  |            |  |
| 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 | פרטי השינוי | תאריך ההודעה | חתימת העובד/ת |
|--------------|-------------|--------------|---------------|
|              |             | / /          |               |
|              |             | / /          |               |
|              |             | / /          |               |



עמוד 9 מתוך 15

קוד מסמך 13369

^dt.13369

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

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | <input type="checkbox"/> אני תושב/ת ישראל.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2 א | <input type="checkbox"/> אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בחלק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות ממשכורת, מקצבה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2 ב | <input type="checkbox"/> בנוסף, אני מקבל תגמול חודשי לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) או לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה <sup>(14)</sup> . יש לצרף אישור על קבלת תגמול זה.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3   | <input type="checkbox"/> אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה <sup>(13)</sup> מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4   | <input type="checkbox"/> אני עולה חדש/ה מתאריך _____.<br>לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.<br>מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיוכניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.<br><b>חובה לצרף:</b> תעודת עולה.                                                                                                                                                                                                                              |
| 5   | <input type="checkbox"/> בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.<br>רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוורת/ת ע"פ סעיף 9(5) לפקודה.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 6   | <input type="checkbox"/> אני הורה במשפחה חד הורית <sup>(11)</sup> 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.                                                                                                                                                                                                                            |
| 7   | <input type="checkbox"/> בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.<br>ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד <sup>(12)</sup> .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____.<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____.<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____. |
| 8   | <input type="checkbox"/> בגין ילדיי המפורטים בחלק ג. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד <sup>(12)</sup> .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____.<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____.<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.                                                                                      |
| 9   | <input type="checkbox"/> אני הורה יחיד <sup>(12)</sup> לילדיי שבחזקתי (המפורטים בחלק ג ובהתאם לסעיף 7 ו-8 לעיל).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10  | <input type="checkbox"/> בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.<br>ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11  | <input type="checkbox"/> 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.                                                                                                                                                                                              |
| 12  | <input type="checkbox"/> בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 13  | <input type="checkbox"/> מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 14  | <input type="checkbox"/> אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____.<br>מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 15  | <input type="checkbox"/> בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

| 1 | <input type="checkbox"/> לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעסיק זה.<br>הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.<br>2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |                  |                                  |                  |                                  |              |                        |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|--------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| 2 | <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות נוספות ממשכורת <sup>(1)</sup> כמפורט להלן:<br><b>ה מ ע ס י ק / מ ש ל מ ה מ ש כ ו ר ת</b> <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |                  |                                  |                  |                                  |              |                        |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ש</th> <th>כ</th> <th>ת</th> <th>ו</th> <th>ב</th> <th>ת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)</th> <th>הכנסה חודשית</th> <th>המס שנוכה (לפי הלושים)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | ש | כ | ת | ו | ב                | ת                                | מספר תיק ניכויים | סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר) | הכנסה חודשית | המס שנוכה (לפי הלושים) |  |  |  |  |  |  | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9 |  |  |  |
| ש | כ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ת | ו | ב | ת | מספר תיק ניכויים | סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר) | הכנסה חודשית     | המס שנוכה (לפי הלושים)           |              |                        |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   | 9                |                                  |                  |                                  |              |                        |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   | 9                |                                  |                  |                                  |              |                        |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   | 9                |                                  |                  |                                  |              |                        |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 3 | <input type="checkbox"/> 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 למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.**

תאריך  
 חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעסיק" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
- (2) "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (3) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (4) 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 משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ- 5 שעות ליום אם כן זו הכנסה יחידה שאי ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאי ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קצבה - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק 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, רוש, אלמן, פרוד (ע"פ אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד בשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהיה רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.
- (14) עובד ימלא משבצת זו (ב2) - רק בתנאי שמילא את המשבצת בסעיף 2א' ורק כך יהיה זכאי לתקרת הפטור הגבוהה.

# מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים, 2-9-2022 מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות פנסיה בהראל פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "החברה המנהלת"). מבלי לגרוע מהוראות כל דין, גוף מוסדי יברר ויישב תביעות ויטפל בפניות ציבור בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות. אם ברצונך לקבל העתק ממערכת כללים זו, יש באפשרותך לפנות לשם כך אל מענה טלפוני תביעות פנסיה בטלפון שמספרו \*6416, או להדפיס אותה ישירות מאתר האינטרנט: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). בשדה חיפוש יש לרשום טפסים-פנסיה-ערכה להגשת תביעת נכות.

החברה תפעל בכל הקשור לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור על פי האמור במערכת כללים זו, כמפורט להלן:

## 1. הגדרות

במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:

- א. החברה המנהלת - הראל פנסיה וגמל בע"מ.
- ב. תביעה - דרישה מן החברה המנהלת למימוש זכויות לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלבנטיות למימוש זכויות כאמור.
- ג. תובע - מי שהציג תביעה לחברה המנהלת, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי החברה המנהלת להיפרע את הטבת הנזק האמור.
- ד. מומחה - בין אם הוא עובד של החברה המנהלת ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי, ועדה רפואית, ועדת ערעורים לנכות, הפועלים מכח התקנון.
- ה. אירוע מזכה - פטירת עמית או האירוע שבשלו נקבע כי עמית מבוטח נכה לפי תקנון הקרן.
- ו. אזרח ותיק - מי שמלאו לו 67 שנים.
- ז. קרן הפנסיה - קרן פנסיה ה.ע.ל.

## 2. תחולה

מערכת כללים זו חלה על תביעות בגין סיכוני נכות ומוות בלבד במסגרת תקנון קרן הפנסיה.

## 3. מועד תחילה

תחילתה של מערכת כללים זו ביום 02.07.2022.

מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר המועד הנקוב לעיל.

## 4. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- א. עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה אל החברה המנהלת או למי מטעמה, יימסרו לפונה בהקדם האפשרי המסמכים המפורטים להלן וכן יפורסמו באתר האינטרנט של החברה:
  - העתק ממערכת כללים זו;
  - מסמך המפרט את הליך בירור התביעה ויישובה;
  - הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע, ובכלל זאת גם מידע לגבי זכותו של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שהיו לו אשר החברה המנהלת חייבת לשפוטו בגין.
  - פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור ויישוב תביעה;
  - טופס הגשת תביעה, ככל שקיים - והנחיות לגבי מילוי;
  - הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה;
- ב. החברה המנהלת תמסור לתובע בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל אצלה מידע או מסמך בקשר לתביעה, הודעה בכתב המפרטת מהם המסמכים שהתקבלו אצלה לצד מועד קבלתם ויפורטו בה המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע.
- באפשרותו של אזרח ותיק (עמית מעל גיל 67) ליצור קשר עם מענה טלפוני תביעות פנסיה ולבקש להגיש תביעה בעל פה, ומילוי טופס התביעה יבוצע על ידי נציג החברה המנהלת בהתאם לפרטים שמסר בעל פה האזרח הוותיק. במקרה של חוסר במסמכים, ייצור נציג החברה המנהלת קשר טלפוני עם העמית ויעדכן אותו בכך, בנוסף למשלוח הודעה בעניין בדואר או באמצעי אלקטרוני.

- ג. אם יידרשו לחברה המנהלת מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור תביעה, יידרשו מסמכים אלו עד 14 ימי עסקים מהיום שיתברר הצורך בהם.
- ד. החברה המנהלת לא תדרוש מתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה המנהלת יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.
- ה. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## 5. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה המנהלת תשלח לתובע הודעה, בדבר מצב הטיפול בתביעה. עדכון כאמור יכול שיהיה בדבר אישור התביעה, דחייתה או האם נדרשת התייצבותו בפני הועדה הרפואית ואם כן, תודיע החברה על מועד ההתייצבות ותפרט את דרישות הוועדה הרפואית לקראת התייצבות עמית מבוטח בפניה, ככל שיהיו לרבות בדיקות, מבדקים ומבחנים ובדיקה במכון לאבחון כושר עבודה. הודעה כאמור, תשלח לתובע קצבת נכות מהקרן/ תובע קצבת שאירים בגין פטירת עמית בתוך 30 ימים מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה W מהמועד שבו נתקבל אצלה טופס תביעה מלא כנדרש על ידה (לפי המאוחר מבין השניים). לעניין תובע שהוא אזרח ותיק - החברה תפעל ככל יכולתה על-מנת לצמצם את זמני המענה.

הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## 6. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

א. אם נתקבלה החלטה על תשלום תביעה, תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב שתכלול התייחסות לנושאים הבאים או הפנייה למסמכים המתייחסים לנושאים הללו ומצורפים להודעה:

### לגבי תשלום חד פעמי:

- עילת 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 בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהחברה בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי התקנון או הדין קוזזו מהתשלום;
- פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברה מאת התובע;
- פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה;
- סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה;
- הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה;
- הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;
- סכום התשלום בפיקוד וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיקוד;
- המועד שבו היו בידי החברה כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.

### לגבי תשלום עיתי (לרבות קצבה) יפורט, במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בפסקה א':

- סכום התשלום הראשון;
- מנגנון עדכון התשלומים;
- המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום;
- משך התקופה המרבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות התקנון או הדין;
- משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות;
- הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;
- מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.

ב. אם נתקבלה החלטה על תשלום חלקי של התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב הכוללת שני חלקים כמפורט להלן:

- החלק הראשון, שיפרט את מרכיביו של התשלום שאושר בהתאם למפורט לעיל;
- החלק השני, שיפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.

בכל מקרה בו נתקבלה החלטה על תשלום התביעה, לא יהיה צורך במשלוח המסמכים המפורטים בסעיף 4' לעיל, למעט העתק ממערכת כללים זו. בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחוייבים בהתאם לנסיבות העניין.

## 7. הודעת דחייה

החליטה החברה המנהלת על דחיית תביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב (להלן: "הודעת דחייה") שבה יפורטו כל נימוקי הדחייה, לרבות פירוט של תנאי התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחת התביעה, ככל שהדחיה נסמכת עליהם.

## 8. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

- א. אם יידרש לחברה המנהלת זמן נוסף לשם בירור התביעה, תימסר לתובע הודעה בכתב על כך ויפורטו בה הסיבות בגינן נדרש זמן נוסף כאמור וכן המידע או המסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע לשם בירור התביעה.
- ב. הודעת המשך בירור כאמור תימסר לתובע לפחות כל 90 ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה, לפי העניין למעט במקרים הבאים:
- אם פנה התובע לערכאות משפטיות; אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו 2 הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צוין כי לא יישלחו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת. לאזרח ותיק תימסר הודעת המשך בירור גם בעל פה ע"י נציג מטעם החברה המנהלת, למעט אם האזרח הותיק ביקש לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך התקשרות עימו. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## 9. הודעה בדבר התיישנות תביעה

- א. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תיכלל פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה לחברה המנהלת אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.
- ב. כל הודעה אחרת הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקה כאמור בדבר התיישנות וכן את מועד קרות מקרה האירוע המזכה, ויצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות האירוע המזכה.
- ג. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את החברה המנהלת כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה למסור ההודעה הכוללת את פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות - לא תובא במניין תקופת התיישנות (כל זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב).
- ד. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את החברה המנהלת כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין מועד שליחת הודעה הכוללת פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות - לא תובא במניין תקופת התיישנות (הסכמה כאמור תהיה רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות). הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## 10. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

- כל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:
- א. להשיג על ההחלטה וכן מהי והדרך להגשת השגה, בהתאם בתקנון, לרבות זכותו של התובע להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
- ב. להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור בחברה וכן את פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
- ג. להביא את השגתו בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
- ד. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## 11. בדיקה מחודשת של זכאות

- א. חברה מנהלת המבקשת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עייתיים, תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.
- ב. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עייתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום חלקי, וכן יפורטו באתר האינטרנט.
- ג. אם תידרשנה עלויות לצורך בדיקה מחדש כאמור לעיל, התובע לא יישא בהן.
- ד. אם כתוצאה מבדיקה מחודשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים עייתיים המשולמים לתובע, ייעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בתקנון, ובהעדר תנאים שנקבעו, תימסר לתובע 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. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד ההחלטה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העייתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים. בכל מקרה ייעשה השינוי רק לאחר שנמסרה לתובע הודעה על הכוונה להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותה של החברה המנהלת לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי האמור.

## 12. בירור תביעה בעזרת מומחה

- א. אם יהיה צורך להיעזר לשם בירור תביעה במומחה בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תימסר על כך הודעה מראש לתובע, ויובהר לו תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה וכן כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה על ידי המומחה. לעניין אזהר ותיק - תימסר הודעה בע"פ ע"י נציג מטעם הגוף המוסדי, למעט אם האזרח הותיק ביקש לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך התקשרות עימו. הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה של חקירה סמויה המבוצעת על ידי החברה.
- ב. כל חוות דעת של מומחה שעליה תסתמך החברה המנהלת לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
- ג. חוות דעת של מומחה כאמור לעיל לא תתייחס במישורין לזכות העמית מבוטח לקבלת תשלום מקרן הפנסיה.
- ד. ככל שתסתמך החברה המנהלת על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תימסר חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו או בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע לחברה המנהלת או למומחה מטעמו לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. (ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו).
- ה. אם מדובר בחוות דעת מומחה שהיא חסויה על פי דין (כגון חוות דעת פסיכיאטרית), תימסר לתובע הודעה בכתב הכוללת הסבר מדוע מדובר בחוות דעת חסויה.

## 13. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

- החברה המנהלת תשיב בכתב לכל פניה בכתב של עמית או תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בחברה המנהלת, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר מ-30 ימים ממועד קבלת הפניה. לעניין אזהר ותיק - לא יאוחר מ-21 ימים ממועד קבלת הפניה.

## 14. מתן העתקים

- א. החברה המנהלת תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן מהתקנון, בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
- ב. למרות האמור לעיל, ניתן להפנות תובע לנוסח התקנון שנמצא באתר האינטרנט.
- ג. החברה המנהלת תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר נמסר לה על ידי התובע, או מכל מסמך אשר התקבל אצלה מכוח הסכמת התובע, בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

## 15. שמירת מידע ומסמכים

- א. החברה המנהלת תשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לעמית, כל עוד הוא עמית אצלה באותה קרן, ולמשך תקופה של לפחות שבע שנים לאחר שחדל להיות עמית מבוטח כאמור.
- ב. מבלי לגרוע מהוראות סעיף קטן א', החברה המנהלת תשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לתביעה על פי תקנון, למשך תקופה של לפחות שבע שנים ממועד היישוב הסופי של התביעה.
- ג. מבלי לגרוע מהוראות סעיף קטן א', החברה המנהלת תשמור בגין כל תביעה רשומה הכוללת, לפי העניין, את שם התובע, שם העמית, סוג ומהדורת התקנון, מספר החשבון בקרן הפנסיה, מועד תחילת ביטוח ומועד סוף ביטוח, מספר התביעה, אופן ומועד החישוב הסופי של התביעה (תשלום, תשלום חלקי או דחייה).
- ד. בתשלום או בתשלום חלקי שהוא תשלום חד פעמי - יישמרו גם מועד וסכום התשלום ודרך תשלומו.
- ה. בתשלום או בתשלום חלקי שהוא תשלום עיתי - יישמרו גם מועד וסכום התשלום הראשון, תקופת התשלום ומנגנון ההצמדה.

## 16. שמירת דינים

- למען הסר ספק, מובהר בזאת כי -
- א. הוראות חוזר זה ומערכת כללים לפי חוזר זה מוסיפות על הוראות כל דין, לרבות ההוראות הקבועות בחוזרים אחרים, ואין בהן כדי לגרוע מהוראות כל דין כאמור.
- ב. אין בהוראות חוזר זה ומערכת כללים לפי חוזר זה כדי לגרוע מזכותו של העמית על פי כל דין, ובכלל זה זכותו לתובע פיצוי לפי סעיף 108 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981.

17. סיכום המועדים בהתאם למערכת הכללים המצורפת:

| המועד או התקופה<br>הקבועים בחוזר | המועד או התקופה לתביעת נכות או<br>שארית שנקבעו ע"י החברה | הפעולה                                                   |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| עד 14 ימי עסקים                  | עד 14 ימי עסקים                                          | דרישה מידע ומסמכים נוספים                                |
| עד 30 ימים                       | עד 30 ימים מהמועד בו התקבל המידע הדרוש                   | מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו             |
| כל 90 ימים                       | כל 90 ימים                                               | מסירת הודעת המשך בירור תביעה                             |
| 30-60 ימים                       | 30-60 ימים                                               | מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים<br>או הפסקתם |
| עד 14 ימי עסקים                  | עד 14 ימי עסקים                                          | העברת העתק מפסק דין או הסכם                              |
| עד 30 ימים                       | עד 30 ימים                                               | מענה בכתב לפניית ציבור                                   |
| עד 21 ימים                       | עד 21 ימים                                               | מענה בכתב לפניית ציבור של אזרח ותיק                      |
| עד 14 ימי עסקים                  | עד 14 ימי עסקים                                          | מסירת העתקים מתקנון הקרן                                 |
| עד 21 ימי עסקים                  | עד 21 ימי עסקים                                          | מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע                    |