טופס הצהרה
קרן פנסיה ה.ע.ל

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה.

הראל
ביטוח ופיננסים

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

לכבוד:
הראל פנסיה וגמל בע"מ (המנהלת את קרן הפנסיה ה.ע.ל)
רח' אבא הלל 3, ת.ד 1951, רמת גן מיקוד: 5211802

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
כתובת מלאה			תאריך תחילת קבלת פנסיית הנכות
מספר טלפון	שיעור פנסיית הנכות שנקבעה לי על ידי הועדה הרפואית של קרן הפנסיה		

הצהרה לגבי הכנסות נוספות

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

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

- הכנסת עבודה (שכיר) פירוט:.....
- הכנסה מעסק ומשלח יד (עצמאי) פירוט:.....

שכיר - טופס רציפות ביטוח מהמוסד לביטוח לאומי

לטופס זה הריני מצרף דו"ח רציפות ביטוח, הכנסות ושכר מתחום הביטוח והגביה במוסד לביטוח לאומי, הטופס מתייחס לתקופה שמיום תחילת זכאותי לפנסיית נכות, או מן המועד האחרון שלגביו הגשתי לקרן טופס כאמור בעבר, לפי המאוחר.

עצמאי

לטופס זה הריני מצרף שומה עצמית לשנת המס האחרונה.

הצהרה

הריני 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 פרטים שמסרתי ביודעי כי אינם נכונים.

אני מתחייב/ת להודיע לקרן הפנסיה על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי ובמצב הכנסתי תוך חודש ימים מן היום בו נודע לי על השינוי.

חתימה	מספר תעודת זהות	שם מלא	תאריך
.....	.....	.....	.....

09/2021 34696.10 סטוד'הראל

^dt13346

קוד סריקה 13346