

ערכה להגשת תביעת קצבת שאירי עמית הראל פנסיה והראל פנסיה כללית

הראל חרתה על דגלה להעניק ללקוחותיה את חווית השירות הטובה ביותר, תוך עמידה
בנורמות שירות גבוהות הנשענות על ערכים ועקרונות של אמינות, חדשנות ומקצועיות.

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת בקשה לקבלת קצבת שאירים מקרן הפנסיה.
את המסמכים המבוקשים יש להעביר למחלקת תביעות פנסיה באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

dimottpds@harel-ins.co.il ✉

03-7348575 📞

📍 בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 10952, רמת גן 5252202

ניתן לוודא את קבלת הפקס/מייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1-700-70-28-70
לתשומת לבך, באפשרותך לקבל סיוע במילוי והגשת מסמכי תביעה בתיאום פגישה מראש בטלפון *6416 בימים א'-ה',
בין השעות 08:00-14:00.

לערכת התביעה מצורפת לעיוןך מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור של קרן הפנסיה.
כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה.

אנו משתתפים בצערך,
ועומדים לרשותך בכל עת,

**מחלקת תביעות
הראל פנסיה וגמל בע"מ**

מענה טלפוני תביעות פנסיה

*6416 📞

08:00-14:00 🕒



dt.15780

קוד מסמך 15780

הליך בירור ויישוב תביעת קצבת שאירים

עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי הקרן נודיעך על פתיחת התביעה, נפרט את המסמכים שהתקבלו וכן את המסמכים הנדרשים ושטרם הומצאו (במידת הצורך), זאת **תוך 5 ימי עסקים** ממועד הגשת התביעה. (במידה ולא נקבל את מלוא המסמכים הנדרשים, ייעצר הטיפול בתביעה וישלחו שתי תזכורות להעברת המסמכים. לאחריהן לא תישלח תזכורת נוספת).

תוך 10 ימי עסקים מיום קבלת כל המסמכים, תודיע החברה המנהלת למגיש התביעה אם תביעתו אושרה או נדחתה, והאם רופא הקרן צפוי לדון בעניין תביעתו. ככל שתידרש החלטת רופא הקרן בתביעה, ידון הרופא בתביעה **בתוך 20 ימי עסקים** ממועד קבלת התביעה. **בתוך 2 ימי עסקים** ממועד בחינת התביעה על ידי רופא הקרן או **בתוך 7 ימי עסקים** ממועד קבלת המסמכים שנדרשו ע"י רופא הקרן תישלח החלטתו בדבר התביעה.

ככל ואושרה התביעה לקבלת קצבת שאירים, תפורט בהודעה סכום הקצבה, תקופת הזכאות והנתונים לפיהם חושבה הקצבה. ככל ונדחתה התביעה לקבלת קצבת שאירים, יפורטו בהודעה הסיבות לדחייה וכן זכותו של השאיר לערער. ככל ומגיש התביעה מעוניין לערער, אזי הערעור יוגש בהתאם לנסיבות המקרה בהתאם לתקנון הקרן:

ערר בגין סוגיות שאינן נבחנות ע"י הגורם הרפואי ניתן להגיש **בתוך 90 ימי עסקים** ממועד הודעת הדחייה.

ערר רפואי - ערר על החלטת רופא הקרן: השאיר רשאי להגיש בקשה למינוי וועדה רפואית **בתוך 90 ימי עסקים** ממועד ההודעה על החלטת רופא הקרן. התכנסות הוועדה תתבצע **תוך 21 ימי עסקים** ממועד קבלת הערעור של השאיר.

1. הוועדה תכלול הרכב של שני רופאים מטעם הקרן.
 2. השאיר זכאי לבקש למנות מטעמו רופא שלישי בוועדה, במקרה זה תישא החברה המנהלת בשכרו של רופא הוועדה מטעמו של השאיר בהתאם לתעריפי החברה.
- הודעה על החלטת הוועדה הרפואית תישלח **בתוך 2 ימי עסקים** ממועד ההתכנסות או **בתוך 7 ימי עסקים** ממועד קבלת המסמכים שדרשה הוועדה.

ערר על החלטת הוועדה הרפואית: השאיר רשאי להגיש בקשה למינוי וועדה רפואית לערעורים **בתוך 90 ימי עסקים** ממועד ההודעה על החלטת הוועדה הרפואית. הוועדה הרפואית לערעורים תדון בתביעת השאיר **תוך 21 ימי עסקים** ממועד קבלת הערעור של השאיר.

1. הוועדה תכלול הרכב של שלושה רופאים.
 2. החלטת הוועדה הרפואית לערעורים בסוגיות רפואיות היא סופית ותחייב את הצדדים לכל דבר ועניין, ולא תהיה ניתנת לערעור או לתקיפה בכל דרך שהיא.
- הודעה על החלטת הוועדה הרפואית לעררים תישלח **בתוך 2 ימי עסקים** ממועד ההתכנסות או **7 ימי עסקים** ממועד קבלת המסמכים שדרשה הוועדה.

תשלום הקצבה יבוצע מדי חודש בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה, וזאת עד ליום העסקים השלישי של כל חודש בשל החודש הקודם. הקצבה החודשית תעודכן בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.

יש לצרף לבקשתך את כלל המסמכים המפורטים להלן:

- טופס תביעה לקבלת קצבת שאירים מלא על כל סעיפיו.
- תעודת פטירה של העמית.
- צילום ת.ז. של כל אחד מהשאירים בהיר וקריא הכולל ספח מפורט עם מצב משפחתי ופירוט ילדים.
- צילום ת.ז. של המנוח בהיר וקריא הכולל ספח מפורט עם מצב משפחתי ופירוט ילדים (ככל ולא קיים ספח של המנוח יש לצרף תעודות לידה של כלל היתומים).
- ידועה בציבור: יש להמציא הכרה ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת/ביטוח לאומי כידועה בציבור ולמלא את שאלון הליך הכרה בידועה בציבור.
- כרטיס עובד - (טופס 101): יש למלא בגין שנת המס על שם מקבל הקצבה.
- המחאה / אישור ניהול חשבון על שם מקבל הקצבה חתום בחותמת הבנק.
- 12 תלושי שכר של המנוח שקדמו למועד הפטירה.

מסמכים נדרשים במקרה בו המבוטח נפטר במהלך תקופת אכשרה*

- סיבת פטירה כולל תעודות רפואיות המעידות על סיבת הפטירה, וכן כל תיעוד רפואי רלוונטי.
- ויתור על סודיות רפואית חתום כנדרש.
- צו ירושה.

* במקרה שמבוטח נפטר במהלך 60 החודשים לאחר מועד ההצטרפות לקרן או חידוש מעמדו כעמית מבוטח בקרן, בשל אירוע מזכה הנובע מתאונה, מחלה, מום או כל מצב רפואי שאירעו או החלו, לפי קביעת הגורם הרפואי, לפני ההצטרפות / חידוש מעמדו כעמית מבוטח בקרן).

ייצוג ע"י עורך דין

- ככל שהנך מיוצג ע"י עו"ד, יש לצרף ייפוי כח חתום כנדרש. (ככל שלא יתקבל ייפוי כח תקין, ניהול התביעה ימשיך להתבצע מול מגיש התביעה בלבד).

על מנת לייעל את הליך הטיפול בבקשתך, נבקשך להשיב על כל הפרטים והשאלות בטופס הבקשה במלואם וכן לצרף את כלל המסמכים הרלוונטיים.

תביעה לתשלום קצבת שאירים

הראל פנסיה / הראל פנסיה כללית

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

א פרטי המנוח	
שם משפחה	שם פרטי
מס' ת.זהות	תאריך פטירה
סיבת הפטירה <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> התאבדות <input type="checkbox"/> מלחמה/פעולות איבה <input type="checkbox"/> אחר: לידיעתך, במקרה שסיבת הפטירה שסימנת הינה מחלה, באפשרותך להשלים מסמכים לטובת הגשת תביעה לתשלום קצבת נכות, על מנת שהקרן תבחן את הזכאות של העמית הנפטר לקבלת קצבת נכות טרם פטירתו. אנא סמן את האפשרות הרצויה: <input type="checkbox"/> בכוונתי להגיש תביעת נכות ויש להתחיל לטפל בתביעת השאירים רק לאחר בחינת תביעת הנכות. <input type="checkbox"/> אין בכוונתי להגיש תביעת נכות לקרן ואודה לתחילת טיפולכם בתביעת השאירים. יובהר כי ככל ולא תסמן את אחת האפשרויות לעיל, ברירת המחדל הינה כי אין בכוונתך להגיש תביעת נכות והקרן תבחן את תביעת השאירים בהתאם לנתונים הקיימים כיום ולא ניתן יהיה לשנותם לאחר התשלום הראשון של קצבת השאירים.	

ב פרטי מגיש התביעה	
שם משפחה	שם פרטי
מס' ת.זהות	תאריך לידה
מס' דירה	מס' בית
מיקוד	רחוב
קרבה למנוח	טלפון נייד
דואר אלקטרוני	Email

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

הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בתביעתי באמצעות:
 דואר אלקטרוני
 דואר לכתובת מגוריי
 יובהר כי, ככל ולא תסמן את אחת האפשרויות לעיל, ברירת המחדל תהיה לקבל עדכונים באמצעות דואר אלקטרוני.

ד שאירי המנוח*					
תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	יתום 1
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	יתום 2
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	יתום 3
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	יתום 4

ככל שקיימים ילדים נוספים עד גיל 21 במועד הפטירה נא לצרף את פרטיהם בנפרד.
 *שאירים כהגדרתם בתקנון היום, בין היתר, בן/ת זוג (נשוי/אה כדון או ידועה/בציבור), ילדים שגילם מתחת לגיל 21 במועד פטירת העמית ובן עם מוגבלות בהתאם להגדרה בתקנון. לרשימה המלאה של השאירים בהתאם לתקנון, ראה עמוד 16.

ה אישור בן/ת הזוג (מופנה אל שני המינים)

הנני הח"מ מאשרת בזאת כדלקמן:
 במועד פטירת המנוח הייתי נשוי/אה ורשומה/ה כדון במרשם האוכלוסין כנשוי/אה למנוח והתגוררתי עימו טרם פטירתו.
 הוכרזתי ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת / ע"י המוסד לביטוח לאומי, כידועה/בציבור למנוח/ה והתגוררתי וניהלתי עימו/ה משק בית משותף במשך שנה לפחות ברציפות לפני פטירתו/ה ועד פטירתו/ה או נולד לנו ילד משותף.
 *יש להמציא הכרה ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת / ביטוח לאומי כידועה/בציבור ולמלא את שאלון הליך הכרה בידועה/בציבור.

ו היוון קצבת שאירי עמית (סעיף רשות)

למילוי ע"י אלמנה/זכאי/ת בלבד
 אלמנה/ה של עמית הזכאי/ת לקצבה בהתאם לתקנון, רשאית/ת להוון שיעור של עד 25% מקצבת השאירים לה הוא זכאי/ת לתקופה של עד חמש שנים, ובלבד שסכום הקצבה שישולם ל/ה לאחר ההיוון לא יהיה נמוך **מסכום הקצבה המזערי**.
 (כהגדרתו בסעיף 23 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, כפי שיהיה במועד תשלום הקצבה הראשונה).
 ברצוני להוון % (עד 25%) מהקצבה לתקופה של שנים (עד 5 שנים).
למילוי ע"י יתום/ה זכאי/ת בלבד
 במקרה בו במועד פטירת העמית, טווח גילאי כלל היתומים הינו 18-21, ואף אחד מהם אינו בן עם מוגבלות, והעמית לא הותיר אחריו אלמן, זכאים היתומים לוותר על זכאותם לקצבת שאירים ולקבל את סכום הקצבה המהווה אשר תחושב בהתאם למפורט בתקנון.
 אבקש לוותר על זכאותי לקצבת שאירים לטובת קבלת סכום הקצבאות המהווה כסכום חד פעמי.
 *ככל וסעיף זה מולא ע"י שאיר שאינו עומד בתנאים לצורך היוון, חישוב הקצבה יתבצע כאילו לא מולא סעיף זה.

ז בחירת אפיק השקעה (סעיף רשות)

בקרן הראל פנסיה - אפיק ברירת המחדל להשקעת הכספים בגין התחייבות כנגד זכאותך לקצבה הינו אפיק השקעה "בסיסי למקבלי קצבה" - באפשרותך לבחור באפיק השקעה "הלכה למקבלי קצבה" אפיק השקעה מפוקח הלכתית ("כשר"), לפיו הכספים אינם נסחרים בשבת.

אבקש כי הכספים בגין ההתחייבות העומדת כנגד זכאותי לקצבה יושקעו באפיק "הלכה למקבלי קצבה".

בקרן "הראל פנסיה כללית" - אפיק ברירת המחדל להשקעת הכספים הבגין התחייבות כנגד זכאותך לקצבה הינו אפיק השקעה "בסיסי למקבלי קצבה" - באפשרותך לבחור באפיק השקעה "הלכה למקבלי קצבה". אפיק השקעה מפוקח הלכתית ("כשר"), לפיו הכספים אינם נסחרים בשבת.

אבקש כי הכספים בגין ההתחייבות העומדת כנגד זכאותי לקצבה יושקעו באפיק "הלכה למקבלי קצבה".

*ניתן למצוא מידע נוסף אודות מסלולי ההשקעה בתקנוני הקרנות.

ח פרטי חשבון בנק

(יש לצרף צילום המחאה על שם מקבל הקצבה / אישור ניהול חשבון חתום על ידי הבנק בגין כל חשבון שמולא בסעיף זה בנפרד)

תעודת זהות	שם בעל החשבון	בנק	סניף	מס' חשבון
בן/בת זוג				
יתום 1				
יתום 2				
יתום 3				
יתום 4				

תשלום הקצבה ליתומים יעשה באמצעות האלמנה/אם האלמן/אינו הורה של היתומים, באמצעות אפוטרופוס שמונה כדין. ככל והיתום מעוניין לקבל את קצבת השאירים שלה הוא זכאי לחשבון הרשום על שמו, יש למלא את פרטיו בטבלה.

ט מוטבים לתקופת תשלומים מובטחים לאלמנה/ה (סעיף רשות)

אלמנה/ה של עמית, הזכאית לקצבה, היא זכאית לתשלומים מובטחים לתקופה של 240 חודשים, ובלבד שגילו/ה של האלמן/ה בתום התקופה לא יעלה על 87. *במקרה של פטירת האלמן לפני תום תקופת התשלומים המובטחים, ישולם הערך המהוון של יתרת חודשי הקצבה בתשלום חד פעמי למוטבים (ובהיעדר מוטבים ליורשים).


לפיכך, באפשרותך לבחור את המוטבים, ואת חלוקת התשלומים ביניהם באחוזים:

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	חלק יחסי ב-%
1.			
2.			
3.			
4.			

י מינוי בעל רישיון לטיפול בתביעה (סעיף רשות)

הנני מאשר לבעל רישיון מספר גב'/מר דוא"ל:

טלפון נייד: לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש להראל או לקבל מהראל כל תכתובת ו/או מסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לצורך התביעה.

תאריך: חתימה: 

יא הסכמה להעברת מידע למעסיק ולטיפול בבקשת התביעה (סעיף רשות)

אני הח"מ נותן בזאת את הסכמתי ורשות להראל פנסיה וגמל בע"מ ו/או הראל חברה לביטוח בע"מ ו/או לעובדיה או למי מטעמה ("הראל") למסור כל מידע כללי ורפואי ללא יוצא מן הכלל הנוגע לתביעתי לקבלת קצבת שאירים מקרן הפנסיה לרבות החלטות הוועדה הרפואית למעסיקו של המנוח ו/או למי מעובדיו ו/או למי הפועל מטעמו באופן ובמועד שיידרש על ידו.

הנני משחרר את הראל מחובת שמירה על סודיות ולא תהיה לי כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה מסוג כלשהו לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה ו/או כל דין אחר.

כמו כן, אני נותן בזאת את הסכמתי כי המעסיק יטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש לחברה או לקבל מהחברה כל תכתובת ו/או מסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לצורך התביעה.

שם המעסיק	נייד/טלפון	כתובת	תאריך	חתימת השאר

יב מידע למגיש התביעה

- בכל מקרה שיועבר תשלום לחשבון הנ"ל בטעות מעבר לזכאותך על פי 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, את אפוטרופוסך ואת מנהל עיזבונך, ככל שיהיו.
- שים לב כי בקשתך תטופל בהתאם לזכאותך לפי התקנון הרלוונטי למועד האירוע.
- התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון לבין האמור במסמך זה, יחולו הוראות תקנון הקרן.
- לתשומת לבך, ככל שתשהה מחוץ לישראל לתקופה רצופה העולה על שישה חודשים, יהיה עליך להמציא לקרן הפנסיה פרטים ליצירת קשר עמך בתקופת שהותך מחוץ לישראל, וכן להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" אחת לחצי שנה עד שנה, בהתאם לדרישת הקרן, כל עוד תשהה מחוץ לישראל וזאת לצורך בדיקת זכאותך להמשך קבלת קצבה.
- יובהר, כי אי המצאת אישור חיים כאמור, תביא להפסקה בתשלומי הקצבות, בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.

אני הח"מ מאשר בזאת כדלקמן:

- כל הנתונים שנמסרו על ידי ו/או על ידי מי מטעמי בטופס זה ו/או בכל מסמך נלווה הינם נכונים ומלאים.
- הנני מתחייב בזאת להמציא לכם כל מסמך נוסף, תעודה ומידע שאדרש בקשר עם תביעתי לתשלום הקצבה הנ"ל.
- מלבד השאירים שפרטיהם מולאו בטופס זה, המנוח לא השאיר אחריו שאירים זכאים נוספים על פי תקנון הקרן.



חתימת מגיש התביעה:

תאריך:

יד **כתב ויתור על סודיות רפואית**

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין, נפטר או חסוי, יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
			טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש (לרבות מרכז בריאות הנפש "גהה" ו-"שער מנשה"), קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או למשרד הבריאות ו/או לשכות רווחה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות פנסיה (לרבות מקפת, מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש בע"מ, ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ), למסור **להראל פנסיה וגמל בע"מ** ו/או "הראל ביטוח" ו/או מי מטעמם (**להלן - "המבקשים"**) את כל הפרטים המצויים בידיהם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע גנטי.

אני משרחר בזה את הקהילה וכל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, לרבות מכון מור, ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל מי מהגורמים המפורטים לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי ו/או המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה כולל מידע על התשלומים ששולמו לי ומשולמים לי, על תשלומים ששולמו לי או משולמים לי מכל מוסד אחר.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם.

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

חלק ב'

שם קופ"ח	סניף
רופאים	1. 2. 3. 4.
מכונים, מעבדות	1. 2. 3. 4.

מס' אישי בצה"ל

קופ"ח קודמת

שם האם/אב	ת"ז
שם הירוש	ת"ז
שם הירוש	ת"ז



חתימת המוותר
(במקרה של קטין - חתימת ההורים/
האפוטרופוסים, במקרה של נפטר -
חתימת הירוש/ים)

חתימה וחותמת עד לחתימה
(יש לציין מספר רשיון)

שם העד לחתימה

תאריך

*בהתאם להנחיות משרד הבריאות יש להחתים עד בעל רישיון - סוכן / רופא / עו"ד וכו'.

מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il.



dt15503

טופס 101 - הנחיות למילוי

כמוך, גם אנחנו לא אוהבים בירוקרטיה. יחד עם זאת, מילוי הטופס ועמידה בתנאים הקבועים בחוק עשויים להשפיע באופן משמעותי על שיעור המס שינוכה וסכום הקבצה שתשולם מדי חודש.

הסבר לעמוד הראשון		
כותרת	שנת מס	יש לציין את שנת המס.
סעיף ב'	פרטי עובד	יש למלא את פרטיך
סעיף ג'	פרטים על ילדים	1. יש למלא במידה ויש לך ילדים שטרם חגגו 19 2. יש למלא האם הילדים בחזקתך. 3. יש למלא אם יש לך זכאות לקצבת ילדים מביטוח לאומי
סעיף ד'	פרטים על הכנסות ממעביד זה	יש לסמן "קצבה".
סעיף ה'	פרטים על הכנסות אחרות* (ראה דגשים מטה) יש למלא גם אם אין הכנסות נוספות	נא לסמן אם יש או אין הכנסות נוספות. הסבר: יש למלא כל הכנסה למעט קצבאות זקנה, שאירים ו/או נכות, תלויים, ניידות המשולמות ע"י המוסד לביטוח לאומי - או/ו קצבת נכות, קצבת הורים שכולים ממשד הביטחון, קצבאות אלו אינן נחשבות כהכנסה נוספת ואותן אין צורך לציין בסעיף זה. במידה וצינת שיש לך הכנסות נוספות, יש לצרף תיאום מס הכנסה.
סעיף ו'	פרטים על בן/בת זוג	יש למלא פרטי בן/בת הזוג
סעיף ז'	שינויים במהלך השנה	יש למלא ככל ורלוונטי

הסבר לעמוד השני		
סעיף ח'	סיבות לפטור / זיכוי	יש לסמן ב-X את הסעיפים הרלוונטיים ולצרף אישור בהתאם להנחיות בסעיף הרלוונטי בטופס.
סעיף י'	הצהרה	יש לציין תאריך ולא לשכוח לחתום.

חשוב לדעת

- יש למלא ולהעביר אלינו את שני עמודי הטופס שצרפנו.
- אם הצהרת כי קיימות הכנסות ממקורות נוספים, ננכה מקצבתך מס מירבי וזאת עד לקבלת תיאום מס.
- אם הצהרת על הכנסה נוספת אך הכנסתך הראשונה נמוכה מהשיעור המופחת הקבוע בחוק, נבקש למלא טופס ב.ל. 644 (ניתן להורידו מאתר ביטוח לאומי).

מי מהזכאים לפטור מדמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות:

1. עקרת בית - אישה הנשואה לתושב ישראל, שאינה עובדת שכירה, ואינה עובדת עצמאית, ואינה נמצאת בחופשה ללא תשלום (חל"ת) - נדרשת להמציא טופס בל/619 המצ"ב.
 2. מקבלי קצבת נכות כללית לצמיתות מהמוסד לביטוח לאומי בשיעור של 75% לפחות, או מקבלי קצבת נכות כללית זמנית בשיעור של 75% לתקופה של לפחות 12 חודשים - יש לצרף את האישור על הזכאות לפטור שנשלח אליך מהמוסד לביטוח לאומי.
 3. מקבלי קצבת נכות מעבודה לצמיתות בשיעור של 100% - יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי.
 4. אישה הזכאית לקצבת שאירים או תלויים מהמוסד לביטוח לאומי - יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי.
- הערה - מגיל הפרישה ואילך - לא חלה יותר חובת תשלום דמי ביטוח וללא קשר לעיסוקו ו/או הכנסתו של המבוטח. חשוב לדעת שאם המידע שמסרת אינו תואם את המידע שנמצא במוסד לביטוח לאומי, תחויב בדמי ביטוח ע"י הביטוח הלאומי. *יובהר כי בכל מקרה של סתירה או אי התאמה בין המצוין במסמך זה לבין הוראות הדין, יגברו הוראות הדין. ניכוי המס, דמי הביטוח ודמי הבריאות יהיו בהתאם להוראות הדין.

ברטיס עובד⁽¹⁾



סמ"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 ימולא 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 הראל פנסיה/ הראל פנסיה כללית	כתובת אבא הלל 3, רמת גן	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים 9.3.6.3.0.0.3.6.7
------------------------------------	----------------------------	------------	---------------------------------------

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	מספר /	מספר /	מספר טלפון נייד
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"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<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 _____
מספר /	מספר טלפון	מספר /	מספר טלפון נייד	מספר /

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

סמ"י ✓ ליד שם הילד:	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך	בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל
שם	מספר זהות	תאריך לידה
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

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

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

- משכורת חודש⁽²⁾
- משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾
- משכורת חלקית⁽⁴⁾
- שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾
- קצבה⁽⁶⁾
- מלגה⁽¹⁾

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמ"י:

- אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת⁽⁷⁾
- אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו⁽⁸⁾
- אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾
- 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 בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות)	אין לבן/בת הזוג כל הכנסה	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
		/ /	
		/ /	
		/ /	

ר"י, אף בכיר טכנולוגיות דיגיטליות ומידע (מאוחד ל - 7.2021)



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

1	<input type="checkbox"/> אני תושב/ת ישראל.
2	<input type="checkbox"/> 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 רבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
3	<input type="checkbox"/> 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.
4	<input type="checkbox"/> 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 תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. חובה לצרף: תעודת עולה.
5	<input type="checkbox"/> 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.
6	<input type="checkbox"/> 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.
7	<input type="checkbox"/> 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 _____ .
8	<input type="checkbox"/> 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 _____ .
9	<input type="checkbox"/> אני הורה יחיד(12) לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	<input type="checkbox"/> 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.
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 _____ . 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 (סמך/י √ בריבוע המתאים)

1	<input type="checkbox"/> לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.																														
2	<input type="checkbox"/> 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 המס (1)</th> </tr> <tr> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>כתובת</th> <th>שם</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>(לפי הלושים)</td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	המעביד / משלם המס (1)			מספר תיק ניכויים	כתובת	שם		(לפי הלושים)		9						9						9		
המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	המעביד / משלם המס (1)																												
			מספר תיק ניכויים	כתובת	שם																										
	(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 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 - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - 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 משרה נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
- (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 שאז 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 - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות 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 אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (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"ט.
- (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 ושהורה 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.

הליך בירור והכרה בבני זוג כ- "ידועים בציבור" - תביעת קצבת שאירי עמית

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה.



את המסמכים המבוקשים יש להעביר למחלקת תביעות פנסיה באמצעות אחת הדרכים הבאות:

dimottpds@harel-ins.co.il ✉

03-7348575 📞

📍 בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 10952, רמת גן 5252202

ניתן לוודא את קבלת הפקס/מייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1-700-70-28-70

א ילדים משותפים

יש לפרט את מספר ת.ז של הילדים המשותפים, שם מלא ותאריך לידה.				
שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה	
				.1
				.2
				.3
				.4
				.5

כמו כן יש לצרף נספחי ת"ז של שני ההורים עם פירוט הילדים המשותפים.

בהתאם לתקנון הקרן, ככל ולא הוכרת כידועה/ בציבור על ידי ערכאה שיפוטית מוסמכת, אך הוכרת כידועה/ בציבור על ידי ביטוח לאומי ההחלטה בדבר הכרה כידוע בציבור הינה של החברה המנהלת. **בהתאם נודה למילוי הטופס הנוכחי על כל סעיפיו, לרבות צירוף כלל האסמכתאות המפורטות.** שים לב, ככל שהוכרת ע"י המוסד לביטוח לאומי כידועה/ בציבור ונולדו/ לכם ילדים/ משותפים, אין צורך במילוי השאלון.

א פרטי המבקש הכרה כידוע בציבור

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.זהות		מצב משפחתי בת.ז.* <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	
ישוב		רחוב		מס' דירה		מס' בית	
טלפון		טלפון נייד		מיקוד			
דואר אלקטרוני		Email					

*ככל שקיים תאריך תחילת שינוי הסטטוס בת.ז, יש לציין:

ב בקשת הכרה כידוע בציבור

יש לענות על השאלות הבאות:

- ממתי התחלתם לחיות ביחד? /...../...../....., ממתי הייתם מוכרים כבני זוג? /...../...../.....
- כתובת המגורים המשותפת:
ישוב:..... רחוב:..... מס' דירה:..... מס' בית:..... מיקוד:.....
- האם אחד מבני הזוג מוטב של השני בביטוחים שונים? ככל ותשובתך חיובית יש לצרף אסמכתאות מתאימות.
- האם מתנהלת או עומדת להתנהל תביעה כלשהי הקשורה במישרין או בעקיפין למעמדכם כידועים בציבור? אם כן - פרט: מספר תיק:..... ובאיזה בית משפט:.....

יש לצרף אסמכתאות מתאימות (העתקים של כתבי בית דין, פרוטוקולים והחלטות שניתנו).
אם לא - פרט מדוע לא?

ג יש לצרף את המסמכים הבאים

האם צורף?	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אסמכתאות לעניין מגורים משותפים וניהול משק בית משותף לפני פרישתו של הפנסיונר
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	הצהרה בנוגע למועד תחילת המגורים המשותפים וככל שהופסקו מועד סיום המגורים המשותפים
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	צילום עדכון כתובת בתעודת זהות הכולל ספח פתוח
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם יש ברשותכם נכסים משותפים? ככל שכן יש לצרף נסח טאבו
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם שכרתם דירה יחדיו - יש לצרף חוזה שכירות אחרון וכן חוזה שכירות קודמים עליהם הנכם חתומים
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ככל שיש דירה בחזקת כל אחד מבני הזוג, יש להוסיף אסמכתאות לעניין המגורים בדירה שאינה דירת המגורים של בני הזוג (אסמכתאות להשכרה / למסירת הדירה לשימוש אדם אחר וכו')
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אסמכתאות לטקס או מסיבה או אירוע סמלי אחר המעיד על קשר זוגי ומחליף נישואים
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אסמכתאות לחשבון בנק משותף, ככל שקיים.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ככל שלא - הסבר מדוע לא קיים?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אישור על ייפוי כוח של אחד מבני הזוג בחשבון בן הזוג השני, ככל שקיים
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	הסכם מומן או צוואה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	חשבונות מים, חשמל, גז, טלפון וחשבונות נוספים הנוגעים לניהול משק הבית בכתובת המגורים המשותפת
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אישורים או קבלות על רכוש או ציוד משותף
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	הצהרות עדים אשר מכירים את בני הזוג ויכולים להעיד על מערכת היחסים הזוגית הכוללת ניהול משק בית משותף

לאחר שליחת מלוא המסמכים והאסמכתאות הדרושות, יש להמתין להחלטת החברה המנהלת.

מידע בנוגע להגשת תביעת קצבת שאירי עמית

המסמך מיועד לנשים וגברים כאחד.

לרשותך מדריך בו תוכל למצוא את כל המידע שחשוב לדעת בגין הגשת תביעת קצבת שאירי עמית בקרן הפנסיה. אין צורך להחזיר את העמודים הבאים לקרן הפנסיה.

לכל שאלה או עומדים לרשותך במענה טלפוני בנושא תביעות פנסיה בטלפון שמספרו *6416, בימים א' - ה', בין השעות 08:00-14:00.

מיהם שאירי עמית?

שאיריו של עמית הם כל אחד מאלה:

1. בן/ת זוג נשוי/אה כדין.
 2. ידועה/ה בציבור שהוכרה/ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת* או בהתאם להחלטת החברה המנהלת.
 3. ילדים שגילם מתחת ל-21 במועד פטירתו של המנוח.
 4. בן עם מוגבלות (כמפורט בתקנון הקרן).
 5. הורה סמוך לשולחנו (כמפורט בתקנון הקרן).
- *יש להמציא הכרה ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת/ביטוח לאומי כידוע בציבור ולמלא את שאלון הליך הכרה בידועה בציבור.

מי זכאי לקצבת שאירי עמית מבוטח*?

שאיריו של עמית מבוטח בקרן יהיו זכאים לקצבת שאירים בהתקיים כל התנאים להלן:

1. חלפה תקופת אכשרה. כלומר, הופקדו לקרן מעל 60 חודשי ביטוח רצופים ממועד ההצטרפות או חידוש מעמדו כעמית מבוטח בקרן ועד למועד הפטירה (רלוונטי למקרה בו העמית נפטר מתאונה, מחלה, מום או כל מצב רפואי שאירעו או החלו, לפי קביעת הגורם הרפואי, לפני ההצטרפות או חידוש מעמדו כעמית מבוטח בקרן).
2. הפטירה לא נגרמה כתוצאה מאירוע/מחלה אשר הוחרגה בהליך החיתום הרפואי.
3. במועד הפטירה העמית המבוטח טרם הגיע לגיל תום תקופת הביטוח.
4. העמית המבוטח לא ויתר על כיסוי ביטוחי לשאירים או כיסוי ביטוחי לבת זוג, לפי העניין.
5. התביעה לקבלת קצבת שאירים הוגשה לחברה המנהלת בתוך שבע שנים ממועד האירוע המזכה. עצם הגשת התביעה לחברה איננה עוצרת את מרוץ ההתיישנות להגשת תביעה משפטית. רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

ככל שלא מתקיימים כלל התנאים הנ"ל, יהיו שאיריו של המנוח זכאים לקצבת שאירי עמית לא מבוטח.**

*עמית מבוטח הוא עמית שיש לו כיסוי ביטוחי לסיכוי נכות ומוות.

**עמית לא מבוטח הוא עמית שאין לו כיסוי ביטוחי לסיכוי נכות ומוות.

איך מגישים תביעת שאירים?

לאחר שכלל המסמכים הנדרשים נמצאים ברשותך ומלאים כראוי באפשרותך:

1. לשלוח את התביעה באמצעות אחת הדרכים הבאות:

✉ dimottpds@harel-ins.co.il

☎ 03-7348575

📍 בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 10952, רמת גן 5252202

ניתן לוודא את קבלת הפקס/מייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1-700-70-28-70

2. לקבל סיוע במילוי והגשת מסמכי תביעה בתיאום פגישה מראש מול המענה הטלפוני של תביעות הפנסיה

✍ *6416

🕒 בין הימים א' - ה', בין השעות 08:00-14:00.



dt15780

מהי תקופת הזכאות לקצבת שאירים?

ככל ונמצאת זכאי לקצבת שאירים על ידי הקרן, **מועד הזכאות הראשון** לקבלת קצבת שאירי עמית יהא ה-1 לחודש העוקב לחודש פטירת העמית.

תום הזכאות לגבי אלמן יהא היום האחרון בחודש פטירתו (אף אם נישא מחדש).
תום הזכאות לגבי יתום יהא בתום החודש בו חדל להיות שאיר (כלומר בהגיעו לגיל 21).

היוון

א. מתי אלמן יכול להוון? ואיזה היוון יכול לבצע?

אלמן של עמית הזכאי לקצבה, רשאי להוון שיעור של עד 25% מקצבת השאירים לה הוא זכאי לתקופה של עד חמש שנים, ובלבד שסכום הקצבה שישולם לו לאחר ההיוון לא יהיה נמוך מסכום הקצבה המזערי.
(כהגדרתו בסעיף 23 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005 כפי שיהיה במועד תשלום הקצבה הראשונה).

שים לב, מדובר בהיוון חלקי - משיכה חד פעמית של חלק מהפנסיה הצפויה, על חשבון הקטנת הפנסיה החודשית. כלומר, במשך תקופת ההיוון יקבל השאר פנסיה חודשית מופחתת בשיעור ההיוון. בתום תקופת ההיוון יקבל השאיר את מלוא סכום הפנסיה שהיה זכאי לה לולא ביצע את ההיוון.

ב. מתי יתום יכול להוון? ואיזה היוון יכול לבצע?

נפטר עמית וביום פטירתו היו יתומים שגילם 18-21, ואף אחד מהם אינו בן עם מוגבלות, והעמית לא הותיר אחריו אלמן, יהיו היתומים כאמור, זכאים לוותר על זכאותם לקצבת שאירים ולקבל את סכום הקצבה המהוונת אשר תחושב כמכפלה של קצבת השאיר במקדם ההמרה שבנספח לתקנון בהתאם לפרטי היתום הרלוונטי.

שים לב, מדובר בהיוון חד פעמי - משיכה חד פעמית של כל הפנסיה הצפויה לפי חישוב הערך הנוכחי של סך הקצבאות שהיו אמורות להשתלם לשאר, וזאת במקום קבלת פנסיה מידי חודש.

קצבת מינימום*

ככל וסכומן של כלל קצבאות השאירים לחודש נמוך מקצבת מינימום, יהא רשאי כל אחד מהשאירים לבחור בין:

א. קבלת קצבת שאירים חודשית בניכוי דמי ניהול.

ב. משיכת חלקו ביתרה הצבורה של המנוח.

*קצבת מינימום היא קצבה שסכומה נמוך מ-5% מהשכר הממוצע במשק, כפי שהיה בתוקף במועד תחילת תשלום הקצבה.

תקופת תשלומים מובטחים לאלמן

אלמן של עמית, הזכאי לקצבה, יהא זכאי לתשלומים מובטחים לתקופה של 240 חודשים, ובלבד שגילו של האלמן בתום התקופה לא יעלה על 87. במקרה של פטירת האלמן/ה לפני תום תקופת התשלומים המובטחים, ישולם הערך המהוון של יתרת חודשי הקצבה (שיחושב בהתאם למצוין בתקנון) בתשלום חד פעמי למוטבים (ובהיעדר מוטבים ליורשים).
שים לב, ככל שלא ייבחרו וימולאו מוטבים בטופס התביעה, תשלם הקרן ליורשים.

כיצד מחושבת קצבת השאירים?

קצבת שאירי עמית מבוטח: (עמית שיש לו כיסוי ביטוחי לסיכוי נכות ומוות)

שיעור כיסוי ביטוחי לאלמן/יתום x שכר קובע²

קצבת שאירי עמית לא מבוטח: (עמית שאין לו כיסוי ביטוחי לסיכוי נכות ומוות)

קצבה לאלמן = $\frac{\text{חלק יחסי של האלמן ביתרה הצבורה}}{\text{מקדם}^3}$

קצבה ליתומים = $\frac{\text{חלק יחסי של היתומים ביתרה הצבורה}}{\text{מקדם}^3}$

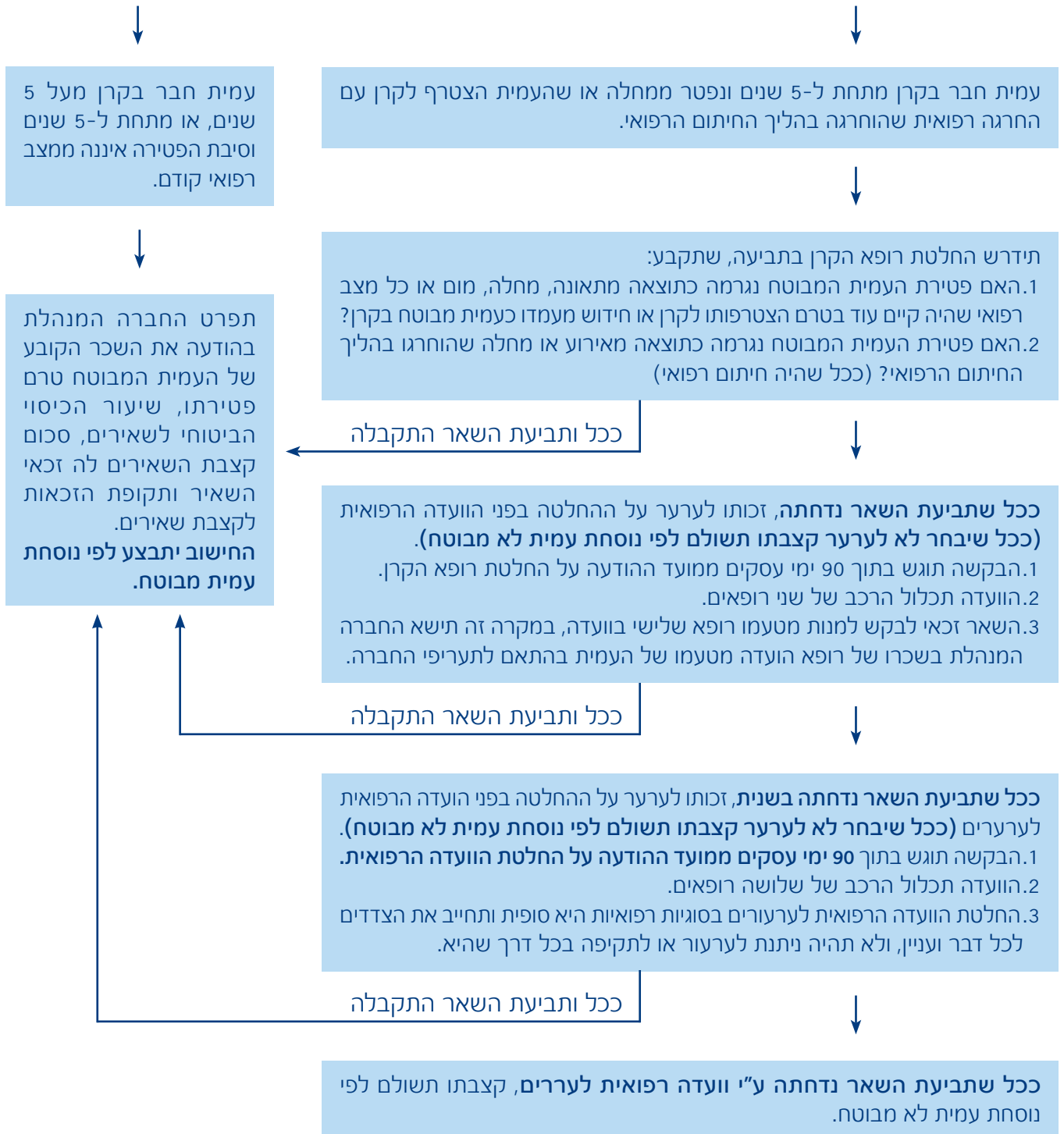
¹ שיעור הכיסוי הביטוחי נקבע בהתאם למסלול וגיל ההצטרפות.

² שכרו הקובע של מבוטח נקבע בהתאם להוראות תקנון הקרן.

³ מקדם ההמרה נקבע לכל שאיר על פי נתוני האישיים (מין, גיל, שנת לידה וכו').

שלבי תביעת שאירים

על עמית שהצטרף לקרן או חידש מעמדו בקרן כעמית מבוטח, **תחול תקופת אכשרה למשך 60 חודשי ביטוח רצופים** החל מחודש ההצטרפות או חידוש הביטוח, לפי המאוחר, ועד למועד האירוע המזכה. תקופת האכשרה כאמור תחול בשל אירוע מזכה הנובע מתאונה, מחלה, מום או כל מצב רפואי שאירעו או החלו לפי קביעת הגורם הרפואי לפני מועד הצטרפות העמית לקרן או לפני חידוש מעמדו כעמית מבוטח בקרן, לפי המאוחר (במקרה מוות כתוצאה מהתאבדות תחול תקופת אכשרה של 12 חודשי ביטוח רצופים). לכן ראשית, תיבדק סיבת הפטירה והאם העמית חבר בקרן לתקופה של 5 שנים לפחות בטרם מועד הפטירה.



מערכת כללים לביורר וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור

נספח ט' לתקנון קרן הפנסיה

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 2-9-2022, מפורטת להלן מערכת הכללים לביורר 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. בשדה חיפוש יש לרשום טפסים-פנסיה-ערכה להגשת תביעת נכות. החברה תפעל בכל הקשור לביורר 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, רופא הקרן, וועדה רפואית, וועדה רפואית לערעורים, הפועלים מכח התקנון.
 - ה. אירוע מזכה - פטירת עמית או האירוע שבשלו נקבע כי עמית מבטח נכה לפי תקנון הקרן.

2. תחולה

מערכת כללים זו חלה על תביעות בגין סיכויי 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 בביורר 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 חייבת לשפותו בגינן.
 - 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.

ג. אם יידרשו לחברה המנהלת מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור תביעה, יידרשו מסמכים אלו עד 5 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 רופא הקרן ואם כן, תודיע החברה על מועד ההתייצבות ותפרט את דרישות רופא הקרן לקראת התייצבות עמית מבוטח בפניו, ככל שיהיו לרבות בדיקות, מבדקים ומבחנים ובדיקה במכון לאבחון כושר עבודה. הודעה כאמור, תשלח לתובע קצבת נכות מהקרן בתוך 14 ימי עסקים מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה ו/או מהמועד שבו נתקבל אצלה טופס תביעה מלא כנדרש על ידה (לפי המאוחר מבין השניים) לתובע קצבת שארים בגין פטירת עמית, תשלח ההודעה בתוך 10 ימי עסקים מהמועד האמור. 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 דבר 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 מערכת כללים זו. בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחוייבים בהתאם לנסיבות העניין.

7. הודעת דחייה

החליטה חברה מנהלת 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 נדחית 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 בגין 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.

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 תיכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה לחברה המנהלת אינה עוצרת את מרוץ התיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ התיישנות.

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 התיישנות 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 במנין 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 התיישנות - לא תובא במנין תקופת התיישנות (הסכמה כאמור תהיה רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב במהלך השנה שקדמה למועד התיישנות). 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 החלטה 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 וחסכון 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 עיתיים, תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.

ב. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים 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 מחדשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים עיתיים 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 העיתיים, 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, יובהר לו תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה וכן כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה על ידי המומחה. 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 במישרין 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 מחדשת 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. (הודעות 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 אזרח ותיק (מי שמלאו לו 67 שנים) - 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 לתבוע פיצוי לפי סעיף 108 לחוק הפיקוח ביטוח.

17. סיכום המועדים בהתאם למערכת הכללים המצורפת:

הפעולה	מועד בתביעת נכות	מועד בתביעת שארים
דרישה מידע ומסמכים נוספים	עד 5 ימי עסקים ממועד הגשת התביעה	עד 5 ימי עסקים ממועד הגשת התביעה
מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	עד 14 ימי עסקים מהמועד בו התקבל המידע הדרוש	עד 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבל המידע הדרוש
מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 יום	כל 90 יום
מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים	לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים
העברת העתק מפסק דין או הסכם	עד 14 ימי עסקים	עד 14 ימי עסקים
מענה בכתב לפניית ציבור	עד 30 ימים	עד 30 ימים
מענה בכתב לפניית ציבור של אזרח ותיק	עד 21 ימים	עד 21 ימים
מסירת העתקים מתקנון	עד 14 ימי עסקים	עד 14 ימי עסקים
מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	עד 21 ימי עסקים	עד 21 ימי עסקים

הראל, בשביל השקט הנפשי שלך

