

# ערכה להגשת תביעה לקבלת פנסיית שאירים קרן הפנסיה - עתידית קופת פנסיה

חברתנו 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 פנסיית שאירים מקרן הפנסיה.  
את המסמכים המבוקשים יש להעביר למחלקת תביעות פנסיה באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

[dimottpds@harel-ins.co.il](mailto: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 לעיון 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**

**לעתיד חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ**

מענה טלפוני תביעות פנסיה

\*6416 

08:00-14:00 

**לעתיד**

חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ



^dt15780

# הליך בירור ויישוב תביעת פנסיית שאירים

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה.

לצורך הגשת תביעת פנסיית שאירים, עליך למלא את טפסי התביעה המצורפים ולהעבירם למשרדי הקרן בצירוף המסמכים המפורטים בעמוד הבא. תוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת מסמכי התביעה במשרדי החברה נודיעך על פתיחת התביעה, נפרט את המסמכים שהתקבלו וכן את המסמכים הנדרשים (במידת הצורך).

במידה ולא נקבל את מלוא המסמכים הנדרשים, ייעצר הטיפול בתביעה ונשלח אליך שתי תזכורות להעברת המסמכים. לתשומת ליבך, לאחריהן לא תישלח תזכורת נוספת.

לאחר שיתקבלו במשרדי הקרן כל המסמכים הנדרשים, בהתאם לנסיבות המקרה נעביר את תביעתך לעיון הוועדה הרפואית, אשר תבדוק את הזכאות. במסגרת הבירור רשאית הוועדה הרפואית, לפי שיקול דעתה, להזמין את תיקו הרפואי של המנוח ו/או לבקש להמציא מסמכים נוספים. בתוך 30 ימים מהמועד שבו התקבלו אצלנו כל המסמכים הנדרשים, ובכל 30 ימים נוספים, נשלח אליך מכתב בדבר סטטוס הטיפול בתביעתך, וזאת עד לסיום הטיפול בתביעתך. עם השלמת כל הבדיקות ובהתאם להוראות התקנון, נשלח אליך את החלטת הקרן בתביעתך.

התשלום הראשון יבוצע עד ה-15 לחודש העוקב ממועד אישור התביעה. לאחר מכן, ומדי חודש תשולם הקצבה החודשית לחשבונך באמצעות העברה בנקאית עד ליום העסקים השלישי וזאת בשל החודש הקודם.

**אנו עומדים לרשותך בכל עת.**

# הנחיות להגשת תביעה לתשלום של הזכאים לקבלת פנסיית שאירים

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה.

## תביעת השאירים המצורפת מורכבת מהחלקים העיקריים הבאים:

- דף הנחיות שמטרתו להדריך את מגיש הבקשה בכל הנוגע למסמכים ולמידע שיש להגיש לקרן הפנסיה על מנת לאפשר את הטיפול בתביעה.
  - טופס התביעה.
  - 1. מגיש התביעה ימלא את הטופס המצ"ב ויחתום על סעיף ויתור סודיות רפואית בעניין המנוח.
  - 2. בגמר מילוי טופס התביעה על כל חלקיו יעבירו מגיש התביעה לקרן הפנסיה בצירוף המסמכים להלן:
    - תעודת פטירה.
    - סיבת הפטירה - דו"ח מד"א, סיכום פטירה מבית חולים ודו"ח משטרה\*, ככל שקיים.
    - צילום ת.ז. בהיר וקריא (כולל ספח) של המנוח.
    - צילומי ת.ז. בהיר וקריא (כולל ספח) של שאירי המנוח (ככל שקיימים).
    - צילום תעודת לידה של יתומים - עד גיל 21. במקרים של היעדר צילום ת.ז. של המנוח כולל ספח.
    - כרטיס עובד (טופס 101) של הזכאים לקבלת פנסיית שאירים (אלמן/ה ויתומים שגילם בין 16 ל-21).
    - צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון של הזכאים לקבלת פנסיית השאירים (אלמן/ה ויתומים שגילם בין 16 ל-21).
  - \* במקרים בהם תקופת הביטוח הרצופה האחרונה של המנוח בקרן לא עולה על 5 שנים.
- בהתאם להוראות הדיון, חלה על קרן הפנסיה, חובת ניכוי מס במקור מפנסיית השאירים שסכומה מעל תקרה מסוימת שנקבעה על ידי רשויות המס או בהתאם לאישור פקיד שומה אשר הוצג בפני החברה.
- ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה הקרן לדרוש פרטים ומסמכים נוספים בהתאם לצורך.
- אנו מודים מראש על שיתוף הפעולה.
- לתשומת ליבך, לטופס התביעה מצורפת לעיוןך מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור של קרן הפנסיה.

## את העמודים הבאים יש למלא ולהחזיר לחברה באמצעות אחת מן הדרכים הבאות:

מחלקת תביעות עתידית קופת פנסיה

[dimottpds@harel-ins.co.il](mailto:dimottpds@harel-ins.co.il)

03-7348575

אבא הלל 3, ת.ד. 10952, רמת גן, 5252202

עבור מחלקת התביעות עתידית קופת פנסיה

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

לעתיד

חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ

## פרטי מגיש התביעה

|                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|--------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                          |  | שם פרטי       |  | מספר ת.ז.    |  | מיון                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | תאריך לידה                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |              |  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 |  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 |  |
| כתובת: רח'                                                                                                                                                                                                        |  | מס'           |  | ישוב         |  | מיקוד                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| טלפון בית                                                                                                                                                                                                         |  | טלפון עבודה   |  |              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| טלפון נייד                                                                                                                                                                                                        |  | דואר אלקטרוני |  | הקירבה למנוח |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| קבלת עדכון בדבר סטטוס הטיפול בתביעתי (ניתן לסמן אפשרות אחת בלבד)<br>הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בתביעתי באמצעות <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר לכתובת מגוריי |  |               |  |              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |

עדכונים בנושא תביעתך יישלחו לפרטי הקשר שלך הקיימים אצלנו, אם ברצונך לבדוק את נכונות הפרטים או לעדכן אותם, באפשרותך לבצע זאת באזור האישי שלך באתר הראל.

## פרטי המנוח

|                                                                                                                                                                                      |         |           |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|-------------------|
| שם משפחה                                                                                                                                                                             | שם פרטי | מספר ת.ז. | שם המעסיק וכתובתו |
| מועד הפטירה: ..... / ..... / ..... סיבת המוות: <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> אחר: ..... |         |           |                   |

## השאירים

אנא פרט את הפרטים הבאים אודות ילדי המנוח שגילם עד גיל 21 במועד הפטירה (להלן: יתומים), וכן את הפרטים המבוקשים בגין כן/בת זוג המנוח:

| בן/בת זוג | מספר ת.ז. | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין |
|-----------|-----------|----------|---------|------------|-----|
| 1 יתום    | מספר ת.ז. | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין |
| 2 יתום    | מספר ת.ז. | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין |
| 3 יתום    | מספר ת.ז. | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין |
| 4 יתום    | מספר ת.ז. | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין |

ככל שקיימים ילדים נוספים עד גיל 21 במועד הפטירה נא לצרף את פרטיהם בנפרד.

## מסמכים נדרשים

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ תעודת פטירה</li> <li>■ סיבת הפטירה - דו"ח מד"א, סיכום פטירה מבית חולים ודו"ח משטרה*</li> <li>■ צילומי ת.ז. בהירים וקריאים (כולל ספח) של שאירי המנוח</li> <li>■ צילום ת.ז. בהיר וקריא (כולל ספח) של המנוח (ככל שקיים)</li> <li>■ צילום תעודת לידה של יתומים עד גיל 21**</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ כרטיס עובד (טופס 101) של הזכאים לקבלת פנסיות שאירים</li> <li>■ צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון של הזכאים לקבלת פנסיות השאירים (אלמן/ה ויתומים שגילם בין 16 ל-21)</li> </ul> |
| <p>* במקרים בהם תקופת הביטוח הרצופה האחרונה של המנוח בקרן לא עולה על 5 שנים. ** במקרים של היעדר צילום ת.ז. של המנוח כולל ספח.</p>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                          |

## זכאות לקבלת סכומים ממקור אחר

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>עליך לסמן באם אתה זכאי לתבוע קבלת קצבה או כל תשלום אחר לפי אחד מהמקורות הבאים:</p> <p><input type="checkbox"/> תאונת עבודה - ביטוח לאומי (פגיעה בעבודה כמוגדר חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תשנ"ה - 1995)</p> <p><input type="checkbox"/> מחלת מקצוע - ביטוח לאומי (פגיעה בעבודה כמוגדר חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תשנ"ה - 1995)</p> <p><input type="checkbox"/> פעולות איבה (מלחמה/טרור) - משרד הביטחון (פגיעת איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל - 1970 וחוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום), התש"י - 1950 [נוסח משולב])</p> <p><input type="checkbox"/> תאונת דרכים כמוגדר בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1975.</p> <p>הזכאות לקבלת פנסיה שאירי עמית מבוסס מקרן הפנסיה הינה בכפוף לכך שלא קיימת זכאות לקבלת קצבה או תשלום אחר כלשהו מכוח אחד מהמקורות המפורטים לעיל, ובהתאם לביטח הוראות התקנון.</p> <p>לטובת בחינת הזכאות לקבלת פנסיה שאירי עמית מבוסס מהקרן, עליך לצרף לתביעה את מסמך ההחלטה.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## מינוי בעל רישיון לטיפול בתביעה

הריני מאשר לבעל רישיון מספר..... מר/גב.....  
 דוא"ל..... ניד:.....  
 מטפל 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:..... חתימת מגיש התביעה:.....



הסכמה להעברת מידע למעסיק

אני הח"מ נותן בזאת את הסכמתי ורשות לעתיד חברה לניהול קרנות פנסיה 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 פנסיית שאירים מקרן הפנסיה לרבות החלטות רופא הקרן למעסיקו של המנוח ו/או למי מעובדיו ו/או למי הפועל מטעמו באופן ובמועד שיידרש על ידו.  
הנני משחרר את עתידית 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.

|           |            |       |       |                   |
|-----------|------------|-------|-------|-------------------|
| שם המעסיק | נייד/טלפון | כתובת | תאריך | חתימת מגיש התביעה |
|-----------|------------|-------|-------|-------------------|

שליחת תלוש קצבת השאירים החודשי

לתשומת ליבך, תלוש קצבת השאירים החודשי ישלח ישירות לתיבת המייל ו/או בהודעה לטלפון הנייד שציינת בטופס.  
ככל ופרטים אלו לא צוינו, התלוש המודפס יישלח באמצעות דואר ישראל לכתובת המגורים שציינת בטופס.  
אם עדיין יהיה לך צורך בקבלת תלוש מודפס באמצעות דואר ישראל, אפשר ליצור קשר במספר טלפון 6416 \* בימים א'-ה' בין השעות 08:00-14:00.

אישור והתחייבות

אני הח"מ מאשר בזאת כדלקמן:  
1. כל הנתונים שנמסרו על ידי ו/או על ידי מי מטעמי בטופס זה ו/או בכל מסמך נלווה הינם נכונים ומלאים.  
2. הנני מתחייב בזאת להמציא לכם כל מסמך נוסף, תעודה ומידע שאדרש בקשר עם תביעתי לתשלום הקצבה הנ"ל.  
3. מלבד השאירים שפרטיהם מולאו בטופס זה, המנוח לא השאיר אחריו שאירים זכאים נוספים על פי תקנון הקרן.  
4. 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 הקצבאות, בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.

תאריך:..... חתימת מגיש התביעה:.....

כתב ויתור על סודיות רפואית בעניין המנוח

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 לעתיד חברה לניהול קרנות פנסיה 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 משחרר 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 עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

כתב ויתור על סודיות רפואית בעניין המנוח - המשך

|                |           |             |    |
|----------------|-----------|-------------|----|
| חלק ב'         |           |             |    |
| שם קופ"ח       |           | סניף        |    |
| רופאים         | 1.        | 2.          | 3. |
| מכונים, מעבדות | 1.        | 2.          | 3. |
| מס' אישי בצה"ל |           | קופ"ח קודמת |    |
| במקרה של קטין  | שם האם/אב | ת"ז         |    |
| במקרה של נפטר  | שם היורש  | ת"ז         |    |
|                | שם היורש  | ת"ז         |    |

.....

.....

.....

.....

תאריך

שם העד לחתימה

חתימה וחתימת עד לחתימה  
(יש לציין מספר רשיון)

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

\*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](http://www.harel-group.co.il).

# הוראות מילוי כרטיס עובד (101)

מצ"ב הוראות למילוי כרטיס עובד + פירוט מסמכים רלוונטיים שנדרש לצרף.  
לתשומת לבך, נדרש להמציא כרטיס עובד (טופס 101) ממועד קבלת הפנסיה לראשונה וכן בתחילת כל שנת מס.<sup>1</sup>  
לידיעתך, אי קבלת כל המסמכים הנדרשים (כמפורט מטה) עשויה להביא לינכוי דמי ביטוח לאומי ומס הכנסה בשיעורים המקסימליים הקבועים בחוק.

| הסבר לעמוד הראשון |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| כותרת             | שנת מס                    | יש לציין את שנת המס, ולמלא בגין כל שנת מס - החל משנת המס בה חל אובדן כושר עבודה ועד שנת המס הנוכחית.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| סעיף א'           | פרטי מעביד                | הנתונים מלאים, שם קרן הפנסיה ומספר תיק הניכויים.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| סעיף ב'           | פרטי עובד                 | יש למלא פרטים חסרים ו/או לעדכן פרטים קיימים - במידה וישנם שינויים יש לצרף צילום ת.ז. כולל ספח מעודכן - חובה לדווח על כל שינוי שחל בטופס 101.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| סעיף ג'           | פרטים על ילדים            | 1. יש למלא במידה ויש לך ילדים שטרם מלאו להם 19 שנה.<br>2. יש למלא האם הילדים בחזקתך.<br>3. יש למלא האם הינך מקבל קצבת ילדים מביטוח לאומי.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| סעיף ד'           | פרטים על הכנסות ממעביד זה | יש לסמן "קצבה".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| סעיף ה'           | פרטים על הכנסות אחרות     | נא לסמן אם יש או אין הכנסות נוספות.<br>יש למלא כל הכנסה למעט קצבאות זיקנה, שאירים ו/או נכות, תלויים, נידודת 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.<br>במידה וצינת שיש לך הכנסות נוספות, יש לצרף תיאום מס הכנסה.<br>במידה והנך עצמאי הממלא דוח שנתי לרשויות המס נא סמן "ממקור אחר" וציין עצמאי, וצרף העתק משומה אחרונה. |
| סעיף ו'           | פרטים על בן/בת זוג        | יש למלא פרטי בן/בת הזוג והצהר/י על הכנסותיו/ה.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| סעיף ז'           | שינויים במהלך השנה        | יש למלא במקרה והיו שינויים בנתוניך האישיים (לדוג': מצב משפחתי, מצב הכנסות, כתובת וכו'). במידה והיו שינויים יש לצרף צילום ת.ז. כולל ספח מעודכן.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| הסבר לעמוד השני |                     |                                                                                   |
|-----------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| סעיף ח'         | סיבות לפטור / זיכוי | יש לסמן ב-X את הסעיפים הרלוונטיים ולצרף אישור בהתאם להנחיות בסעיף הרלוונטי בטופס. |
| סעיף ט'         | בקשה לתיאום מס      | מותנה בצירוף של אישור תיאום מס מפקיד שומה.                                        |
| סעיף י'         | הצהרה               | יש לציין תאריך ולחתום.                                                            |

<sup>1</sup>מבוטח המקבל תשלום בגין תקופה קודמת, בנוסף למבוקש לעיל, נדרש להמציא טופס 101 עבור כל אחת מהשנים.

| מסמכים שיש לצרף לכרטיס עובד (טופס 101) |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תיאום מס                               | ככל והנך מקבל הכנסות נוספות, יש להמציא תיאום מס לשנת המס הנוכחית (עליך לגשת לפקיד שומה עם התלוש שתקבל בעת התשלום הראשון). לאחר קבלת תיאום המס - נעדכן את שיעור המס באותה שנת מס.                                                                                         |
| טופס בל/644                            | ככל והנך מקבל הכנסה נוספת, אך הכנסתך הראשונה נמוכה מהשיעור המופחת הקבוע בחוק, הנך נדרש למלא טופס זה (ניתן להוריד מאתר הביטוח הלאומי).<br>*נכון לשנת 2017 השיעור המופחת הקבוע בחוק הינו עד 5,804 ₪ לחודש.                                                                 |
| טופס בל/619 (עקרת בית)                 | מבוטחת העונה להגדרת "עקרת בית" נדרשת למלא טופס זה על מנת לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות (ניתן להוריד טופס זה מאתר ביטוח לאומי).<br>*אישה נשואה שאינה עובדת ובן זוגה מבוטח.                                                                                 |
| בל/618 (אלמנה)                         | מבוטחת שהינה אלמנה נדרשת להמציא בל/618 ממחלקת גביה במוסד לביטוח לאומי הקרובה למקום מגוריה וזאת על מנת לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות.                                                                                                                      |
| בל/618 (נכות כללית)                    | מבוטח/ת המקבל מהמוסד לביטוח לאומי קצבת נכות כללית זמנית בשיעור של 75% לתקופה של שנה או קצבת נכות או קצבת נכות מעבודה בשיעור של 100%, נדרש/ת להמציא בל/618 ממחלקת גביה במוסד לביטוח לאומי הקרובה למקום מגוריו/ה וזאת על מנת לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות. |

# פרטים עובד (1)



סמך/י ✓ בריבוע המתאים

## ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד (1)

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

### שנת המס

טופס זה 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                 | כתובת             | מספר טלפון | מספר תיק ניכויים  |
| עתידיית קופת פנסיה | אבא הלל 3, רמת גן |            | 9.3.6.3.0.1.1.6.7 |

### 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                  |                 |                       |                 |
| מין                             | מצב משפחתי                   | תושב ישראל      | חבר קיבוץ/מושב שיתופי | חבר בקופת חולים |
| זכר                             | נשוי/אה                      | כן              | כן                    | לא              |
| נקבה                            | רווק/ה                       | לא              | לא                    | כן, שם הקופה    |
|                                 | אלמן/ה                       |                 |                       |                 |
|                                 | פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש) |                 |                       |                 |
| כתובת דואר אלקטרוני             | מספר טלפון                   | מספר טלפון נייד |                       |                 |

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

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

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)

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש (2)

משכורת בעד משרה נוספת (3)

משכורת חלקית (4)

שכר עבודה (עובד יומי) (5)

קצבה (6)

ממקור אחר

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמך/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 לבן/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: עבודה/קצבה/עסק | הכנסה אחרת |            |

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

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



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

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

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

| <input type="checkbox"/> 1 | לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד 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.                                                                                                                                                                                                     |                  |                                  |                  |                                  |              |                       |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|--------------|-----------------------|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2 | יש לי הכנסות נוספות ממשכורת (1) כמפורט להלן:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                  |                  |                                  |              |                       |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                            | <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם</th> <th>כתובת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)</th> <th>הכנסה חודשית</th> <th>המס שנוכה (לפי חלוקה)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | שם               | כתובת                            | מספר תיק ניכויים | סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר) | הכנסה חודשית | המס שנוכה (לפי חלוקה) |  |  | 9 |  |  |  |  |  | 9 |  |  |  |  |  | 9 |  |  |  |
| שם                         | כתובת                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | מספר תיק ניכויים | סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר) | הכנסה חודשית     | המס שנוכה (לפי חלוקה)            |              |                       |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 9                |                                  |                  |                                  |              |                       |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 9                |                                  |                  |                                  |              |                       |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 9                |                                  |                  |                                  |              |                       |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 3 | פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                  |                  |                                  |              |                       |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |

**י. הצהרה**

**אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.**

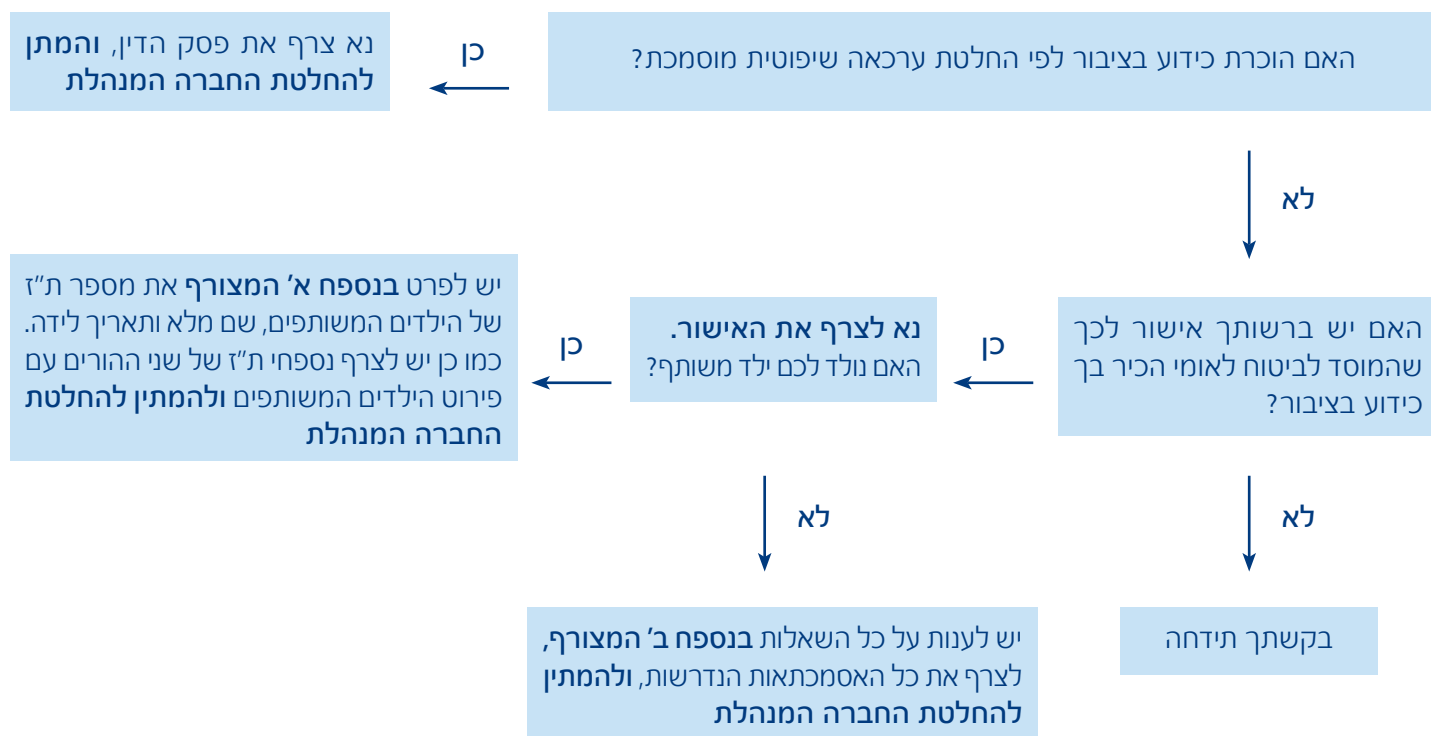
תאריך
  חתימת המבקש/ת

**דברי הסבר למילוי טופס 101**

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, 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 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 - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. 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 לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי האישור מפקיד השומה.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי האישור מפקיד השומה.
- (10) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (11) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (12) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק א"ח, לפי העניין.

# הליך בירור והכרה בבני זוג כ-"ידועים בציבור" - תביעת פנסיית שאירי מבוטח

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 1951, רמת גן 5211802

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

נשמח לעמוד לרשותך בכל עת,

**מחלקת תביעות**

**לעמיד חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ**

מענה טלפוני תביעות פנסיה

📞 \*6416

🕒 08:00-14:00

**לעמיד**

חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ



^dt15780

| 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 כידוע/ה בציבור על ידי ערכאה שיפוטית מוסמכת, אך הוכרת כידוע/ה 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 כידוע/ה בציבור ונולדו לכם ילדים/ים 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 |  |            |  |                                                                                                                         |  |
| דואר אלקטרוני |  | Email      |  |            |  |                                                                                                                         |  |

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

**ב בקשת הכרה כידוע בציבור**

יש לענות על השאלות הבאות:

1. ממתי התחלתם לחיות ביחד? ..... / ..... / ..... , ממתי הייתם מוכרים כבני זוג? ..... / ..... / .....

2. כתובת המגורים המשותפת: .....

ישוב: ..... רחוב: ..... מס' דירה: ..... מס' בית: ..... מיקוד: .....

3. האם אחד מבני הזוג מוטב של השני בביטוחים שונים? .....  
 ככל ותשובתך חיובית יש לצרף אסמכתאות מתאימות.

4. 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 ממון 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.

העמודים הבאים הינם לידיעתך  
ואין להחזירם לקרן

לעתי"ד

חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ



^dt15780

# מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור

## נספח ט' לתקנון קרן הפנסיה

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 9-9-2016, מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות פנסיה ב"לעתידי חברה לניהול קרנות פנסיה 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-pensya.co.il](http://www.harel-pensya.co.il). בשדה חיפוש יש לרשום טפסים-פנסיה-ערכה להגשת תביעת נכות.

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

### 1. הגדרות

- במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:
- א. יום - יום עסקים ע"פ חוק השקעות משותפות בנאמנות התשנ"ד 1994.
  - ב. החברה המנהלת או החברה - לעתיד חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ.
  - ג. תביעה - דרישה מן החברה המנהלת למימוש זכויות לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלבנטיות למימוש זכויות כאמור.
  - ד. 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.
  - ה. 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 מתוקף התקנון.
  - ו. אירוע מזכה - פטירת עמית או האירוע שבשלו נקבע כי עמית מבוטח 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 01.06.2018.  
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 וליישובה;
  - הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע, ובכלל זאת גם מידע לגבי זכותו של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שהיו לו אשר החברה חייבת לשפותו בגין.
  - פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור וליישוב 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.

לעתידי

חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ

ג. אם יידרשו לחברה המנהלת מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור תביעה, יידרשו מסמכים אלו עד 14 ימים 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 תמסור לתובע, בתוך 30 ימים 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), עדכון בדבר מצב הטיפול בתביעה.

עדכון כאמור יכול שיהיה בדבר תשלום התביעה באופן מלא או חלקי, המשך טיפול או הפסקת טיפול בתביעה, או דחיית התביעה. 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 שניים במחלוקת אם שולמו כאלה;
- סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה;
- הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה;
- הסכום שניתוסף 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 המחויבים 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 נדחת תביעה, 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 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 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 ההתיישנות (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 ההתיישנות (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.

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 עתיים, תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.

ב. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עתיים 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 עתיים 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 העתיים, ויחולו עליה ההוראות לענין 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 עמית 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.

## 14. מתן העתקים

א. החברה המנהלת תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן מהתקנון, בתוך 14 ימים 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 ימים 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 כאמור.

ב. מבלי לגרוע מהוראות סעיף קטן א', החברה המנהלת תשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לתביעה על פי התקנון, 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 עמית על פי כל דין, ובכלל זה זכותו לתבוע פיצוי לפי סעיף 108 לחוק הפיקוח ביטוח.

## 17. סיכום המועדים בהתאם למערכת הכללים המצורפת:

| הפעולה                                                | מועד                                   |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| דרישה מידע ומסמכים נוספים                             | עד 14 ימים מהמועד שהתברר הצורך בהם     |
| מסירת הודעה בדבר מהלך בירור תביעה ותוצאותיו           | עד 30 ימים מהמועד בו התקבל המידע הדרוש |
| מסירת הודעת המשך בירור תביעה                          | כל 90 יום                              |
| מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם | עד 30-60 ימים                          |
| העברת העתק מפסק דין או הסכם                           | עד 14 ימים                             |
| מענה בכתב לפניית ציבור                                | עד 30 ימים                             |
| מענה בכתב לפניית ציבור של אזרח ותיק                   | עד 21 ימים                             |
| מסירת העתקים מתקנון                                   | עד 14 ימים                             |
| מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע                 | עד 21 ימים                             |