

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348044 או למייל: HaalK@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

## עמית יקר,

בהמשך לפנייתך לקבלת פנסיית נכות מקרן הפנסיה ה.ע.ל., מצורפת בזאת לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעת הנכות. צוותי החברה עומדים לרשותך בכל עת. בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציג החברה בטלפון \*6416, במייל HaalK@harel-ins.co.il או בפקס 03-7348044.

- מבוטח בקרן שאינו מסוגל לעבוד מסיבות רפואיות באופן מלא או באופן חלקי, רשאי להגיש לחברה בקשה להכיר בו כנכה.
- את טפסי הבקשה ניתן להוריד מאתר האינטרנט של "הראל" בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il) או לקבלם במרכז שרות הלקוחות של החברה. א. על העמית לצרף לטופס הבקשה לקבלת קצבת נכות את כל המסמכים הנדרשים לביטוח של בקשתו. ב. עם קבלת הטפסים מהעמית, תבדוק החברה בתוך חמישה ימי עסקים, את תקינות הטפסים ובאם אינם תקינים תודיע למבוטח, בכתב, כי עליו להשלים בהקדם האפשרי. ג. הקרן מחויבת תוך 14 יום מהיום שנודע לה הצורך בכך, לשלוח הודעה לתובע אודות דרישה למסמכים נוספים במידת הצורך. ד. לאחר קבלת הטופס ומלוא המסמכים והאישורים הנדרשים על פיו בודקת החברה את בקשת העמית ובוחנת האם קמה לו זכאות לקצבת נכות וזאת כמפורט בתקנון. ה. על מנת שהעמית יוכר כנכה עליו להוכיח כי בעקבות מצבו הבריאותי, נפגע לפחות 25% מכושרו לעבוד וכתוצאה מכך אינו מסוגל לעבוד בעבודתו או בכל עבודה מתאימה אחרת לפי השכלתו, הכשרתו וניסיונו למשך תקופה העולה על 90 ימים רצופים. ו. במידה ועומד העמית בתנאי הזכאות הקבועים בתקנון הרלוונטי, ועדה רפואית תדון ותחליט בעניין נכותו של העמית. ז. ועדה רפואית הינה הקובעת הבלעדית לגבי שיעור הנכות, המועד בו הפך העמית לנכה ותקופת הנכות לה זכאי. כמו כן, תקבע ועדה רפואית באם אירוע הנכות הינו כתוצאה ממחלה או תאונה. ח. עם קבלת החלטת הועדה הרפואית, תשלח החברה לעמית מכתב, המפרט את החלטת הועדה הרפואית לגבי תביעתו וכן את אפשרות העמית לערער על החלטת הועדה הרפואית בפני הועד + ערר בהתאם לתקנון הקרן. ט. הקרן תשלח הודעה בדבר סטאטוס הטיפול בבקשת התביעה בתוך 30 יום מרגע קבלת המסמכים הנדרשים. בהמשך תשלח הודעה בדבר סטאטוס הטיפול כל 90 יום, כל עוד לא התקבלה החלטה סופית בנוגע לתביעה. י. היה ובשלב כלשהו בבירור התביעה יידרש התובע להשלמת מסמכים לקרן ואלו לא יועברו, ייעצר הטיפול בתביעה וישלחו שתי תזכורות להמשך בירור ולאחריהן לא תישלח תזכורת נוספת. יא. הוכרה תביעתו של עמית ונמצא זכאי לתשלום פנסיית נכות תמסור החברה לתובע במועד התשלום הודעה בכתב. יב. לידיעתך, בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, ככל שתשהה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים יהא עליך לדווח לקרן ולהמציא "אישור חיים" לצורך בדיקת זכאותך להמשך קבלת קצבה. כמו כן, יהא עליך להמציא פרטים ליצירת קשר בתקופת שהותך בחו"ל. ככל ששהייתך תתארך, יהא עליך להמציא אישור חיים אחת לחצי שנה עד שנה בהתאם לדרישת הקרן, כל עוד הנך שוהה מחוץ לישראל.

## נא להחזיר אלינו בנוסף את הטפסים הבאים כאשר הם מלאים וחתומים:

- אישור ויתור סודיות רפואית (מצ"ב).
- כרטיס עובד (טופס 101 של מס הכנסה) (מצ"ב).
- באם סיבת הנכות אינה מחלה - נבקשך למלא הצהרה בדבר הגשת תביעה כנגד צד שלישי (מצ"ב).

## נא לצרף לבקשה את המסמכים הבאים:

- צילום תעודת זהות.
- צילום המחאה מבוטלת או אישור סניף הבנק - לאימות פרטי חשבון הבנק.
- מסמכים רפואיים כולל ממצאי בדיקות הדמיה שיש ברשותך מיום תחילת המחלה/תאונה.
- אישור הרופא המטפל על מועד תחילת המחלה / תאונה שגרמה לאובדן כושר העבודה.
- אישור העסקה המפרט את אחוזי המשרה (באם הינך שכיר).
- אישור מפקיד שומה על שומת המס (תיאום מס) - באם ישנן הכנסות ממקורות אחרים.
- אישור מהמעסיק על מיצוי ימי מחלה (יצורף רק במקרה והינך בתוכנית א' ושכיר).
- התחייבות להחזר תשלומים לקרן מצד ג' - מצ"ב טופס למילוי.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348044 או למייל: HaalK@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

לכבוד:

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

א פרטי מגיש בקשה (העמית)					
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	טלפון נייד
			טלפון		

**ב מועד מבוקש לתשלום קצבת נכות**

אבקש לקבל קצבת נכות החל מתאריך.....

**ג סיבות הנכות**

הנכות הינה תוצאה של:

תאונת עבודה  פעולת איבה או מלחמה  מחלה

שמירת הריון  תאונה שאינה מזכה בתביעת נזיקין  תאונת דרכים

תאונת דרכים-עבודה  תאונה שיש בגינה תביעת נזיקין  מחלת מקצוע

■ במידה והסיבה לנכות היא אחת מהאפשרויות המודגשות יש לצרף הצהרה על הגשת תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

**ד פרטי חשבון בנק**

שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון	ת.ז.
כתובת סניף	שמות בעלי החשבון				

אם יתברר בעתיד כי שולמו לך תשלומים שאינך זכאי להם, תהא הקרן רשאית לבצע תיקונים/התאמות וכן לקזז את התשלום מתשלומי הקצבה לרבות קבלת החזר מהבנק לאחר פטירתך. לידיעתך, הוראה זו הינה בלתי חוזרת ולא תהא לך רשות לבטלה או לשנותה וכוחה יהיה יפה גם לאחר פטירתך והיא תחייב גם את יורשיך, את אפוטרופוסך ומנהל עזבונוך.

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

הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בתביעתי באמצעות:

דואר אלקטרוני

דואר לכתבות מגוריי

יובהר כי ככל ותסמן את אחת האפשרויות לעיל, ברירת המחדל תהיה לקבל עדכונים באמצעות דואר אלקטרוני.

**ו הצהרה**

- הנני מתחייב להודיע לכם מיידית על כל שינוי במצבי הרפואי וכן על כל הכנסה כשכיר או כעצמאי שאקבל במקביל לפנסיית הנכות מכם.
- הנני מצהיר כי פרטיי האישיים הם כרשום לעיל וכי על כל שינוי בהם אודיעכם בכתב. ידוע לי כי החברה המנהלת תהא רשאית לשלול ו/או להפחית את זכויותיי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותיי בקרן.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ו/או אישורים ו/או פרטים נוספים כתנאי לתשלום או להמשך תשלום פנסיה ו/או תשלום אחר.
- הנני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות הפרטים שמסרתם ואמסור לכם במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, כל חוב שלי ו/או של המפורטים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו ע"י הקרן.

.....

חתימה תאריך



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

לכבוד:

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

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

הצהרה לגבי הכנסות נוספות

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

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

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

שכיר - טופס רציפות ביטוח מהמוסד לביטוח לאומי

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

עצמאי

לטופס זה הריני מצרף שומה עצמית לשנת המס האחרונה.

הצהרה

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי הפרטים שמילאתי בטופס זה מלאים ונכונים, ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לדרוש ממני כספים ששולמו לי, על פרטים שמסרתי בידועי כי אינם נכונים.

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

חתימה מספר תעודת זהות שם מלא תאריך



# שאלון לרופא למילוי בידי רופא מקצועי מטפל - קרן פנסיה ה.ע.ל

חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל,  
ימולא על-ידי רופא משפחה.  
הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348044 או למייל: HaalK@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

## א פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה

שם המשפחה		שם פרטי		התמחות		מספר רישיון	
מס' טלפון בבית		מס' טלפון נייד		רחוב		מס' בית	
ישוב		מיקוד		מס' פקס		דואר אלקטרוני	

## ב פרטי העמית

מס' זהות		שם משפחה		שם פרטי	
----------	--	----------	--	---------	--

## ג פרטים על מצבו הבריאותי של העמית

1. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות מהן סובל העמית: .....
2. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות בעקבותיהן מצוי העמית באובדן כושר העבודה: .....
3. התלונות/הסימנים לבעיות רפואיות אלו החלו בתאריך: .....
4. נא פרט היסטוריה רפואית/בדיקות רפואיות הקשורה/ות לבעיה הנוכחית: .....

חתימה + חותמת הרופא המטפל

תאריך

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348044 או למייל: Haalk@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

## לכבוד:

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

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

הנני משחרר את בעלי המידע הרפואי ו/או מי מטעמם מחובת שמירת סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי הראל פנסיה וגמל בע"מ או מי מטעמה ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהוא כלפי בעלי המידע הרפואי או כלפי מבקש המידע בקשר למסירת הפרטים הנ"ל. הנני נותן ויתור זה בעניין בקשתי לקבלת פנסיה מקרן פנסיה ה.ע.ל., שבניהולה של הראל פנסיה וגמל בע"מ.

## ולראיה באתי על החתום:

שם משפחה: .....

שם פרטי: .....

ת.ז.: .....

כתובת: .....

תאריך: .....

חתימה: 

## אימות חתימה ע"י עד\*

הנני מאשר בזאת כי מר/גב' ..... נושא/ת ת.ז. .... חתמ/ה בפניי  
על טופס זה וזאת לאחר שקרא/ה את תוכנו ואימתתי את פרטיי החותמת/ת המופיעים בטופס זה על פי תעודת זהות.

תאריך: ..... שם העד: ..... חתימת העד + מס' רישיון:  .....

\*עד לאימות חתימה יהיה בנוכחות עורך דין או רופא.

# הצהרת העמית על הגשת תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי - קרן פנסיה ה.ע.ל.

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

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348044 או למייל: HaalK@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

לכבוד:

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

## א פרטי מגיש הבקשה (העמית)

שם המשפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון

## ב

1. כתב שיפוי לתאונת דרכים / עבודה

במקרה של תאונת דרכים ו/או תאונת עבודה נבקשך לחתום על כתב השיפוי המצ"ב ולהעבירו אלינו חתום ומלא. יש להעביר טופס מקורי בלבד.

**סוג התאונה:**  
 תאונת דרכים  
 תאונת עבודה (התאונה התרחשה בדרך אל העבודה שלי או תוך כדי העבודה שלי או בדרך מהעבודה אל ביתי או למקום אחר)  
 תאונה אחרת

תאריך התאונה: .....  
 מקום ארוע התאונה: .....  
 נסיבות התאונה: .....

2. האם נמסרה הודעה למשטרה על התאונה?  
 לא  
 כן - נא להשלים את הפרטים הבאים:  
 הודעה נמסרה לתחנת המשטרה ב: .....  
 מספר התיק במשטרה: .....  
 מצ"ב העתק התלונה / אישור הגשת התלונה שהוגשה בגין התאונה.

3. האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין?  
 לא  
 כן - נא להשלים את הפרטים הבאים:  
 הנתבע/ים הוא/הם: 1. .... 2. .... 3. ....  
 כתובתם: 1. .... 2. .... 3. ....  
 מספר הליך: ..... בית המשפט בו הגישה את התביעה: .....  
 תאריך הגשת התביעה: .....  מצ"ב העתק כתב התביעה.  
 שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה: .....  
 כתובתו: ..... טלפון: .....

4. האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?  
 לא  
 כן - נא להשלים את הפרטים הבאים:  
 תאריך הגשת התביעה: .....  
 מצ"ב העתק הטפסים של התביעה לביטוח הלאומי.

5. האם קיבלת פיצויים בגין התאונה או התביעה?  
 טרם קיבלתי פיצויים  
 כן - נא להשלים את הפרטים הבאים:  
 סכום הפיצויים שקיבלתי: .....  
 תאריך קבלת הפיצויים: .....  
 את הפיצויים קיבלתי מאת: 1. .... 2. ....

אני מתחייב להודיע לקרן על כל שינוי בנתונים עליהם הצהרתי במסמך זה בתוך 30 ימים ממועד הצהרתי, באמצעות הודעה בכתב.

תאריך: ..... שם מלא: ..... חתימה: 

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348044 או למייל: Haalk@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

לכבוד

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

## א פרטי העמית

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מין
_____	_____	_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון	מצב משפחתי
_____	_____	_____	_____	_____	_____

### הריני להצהיר בזאת, כדלקמן:

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

ולראיה באתי על החתום:

תאריך:..... חתימה:.....

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

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

תאריך:..... חתימה + חותמת:.....

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348044 או למייל: Haalk@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

לכבוד

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

## א פרטי העמית

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מין
_____	_____	_____	_____	____/____/____	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון	מצב משפחתי
_____	_____	_____	_____	_____	_____

### הריני להצהיר בזאת, כדלקמן:

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

ולראיה באתי על החתום:

..... תאריך

..... חתימה: 

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

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

..... תאריך

..... חתימה + חותמת: 





סמך / ריבוע המתאים

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

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

## שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת<sup>(1)</sup> העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. {ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
קרן פנסיה ה.ע.ל.	אבא הלל 3, רמת גן		9 3 6 0 0 5 5 1 1

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רישון שהיה 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	מספר	חבר קיבוץ/מושב שיתופי
<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		חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון	מספר טלפון נייד	
		/	/	

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעסיק 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	מספר זהות	תאריך לידה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

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

ה. פרטים על הכנסות אחרות

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

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

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

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<sup>(7)</sup>

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו<sup>(8)</sup>

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(9)</sup>

אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(10)</sup>

חובה להשלים את מקור הקצבה

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 <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת		

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

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



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

1  אני תושב/ת ישראל.

2 א  אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בחלק ה כי "אין לי הכנסות אחרות ממשכורת, מקצבה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

2 ב  בנוסף, אני מקבל תגמול חודשי לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) או לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה<sup>(14)</sup>. יש לצרף אישור על קבלת תגמול זה.

3  אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה<sup>(13)</sup> מתאריך \_\_\_\_\_ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב \_\_\_\_\_ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4  אני עולה חדש/ה מתאריך \_\_\_\_\_ .  
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך \_\_\_\_\_ .  
מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנויים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.  
**חובה לצרף:** תעודת עולה.

5  בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.  
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6  אני הורה במשפחה חד הורית<sup>(11)</sup> החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7  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<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .

8  בגין ילדיי המפורטים בחלק ג. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .

9  אני הורה יחיד<sup>(12)</sup> לילדיי שבחזקתי (המפורטים בחלק ג בהתאם לסעיף 7 ו-8 לעיל).

10  בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.  
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

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.

12  בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

13  מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

14  אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות \_\_\_\_\_ .  
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

15  בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

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

1  לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעסיק 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  יש לי הכנסות נוספות ממשכורת<sup>(1)</sup> כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	ה מ ע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup>		
			מספר תיק ניכויים	כ ת ו ב ת	ש ם
(ל פ י ה ת ל ו ש י ם)			9		
			9		
			9		

3  פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

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

חתימת המבקש/ת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

דברי הסבר למילוי טופס 101

- "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעסיק" 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.
- משכורת חודש
- משכורת בעד משרה נוספת
- משכורת חלקית
- שכר עבודה
- קצבה
- אם העובד לא מילא משבצת זו
- אם העובד מילא משבצת זו
- אם העובד לא מילא משבצת זו
- אם העובד לא מילא משבצת זו
- הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, רגיש, אלמן, פורד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- 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.
- ישוּב מזכה
- עובד ימלא משבצת זו (ב2)

# מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור

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

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

## 1. הגדרות

במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:

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

## 2. תחולה

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

## 3. מועד תחילה

תחילתה של מערכת כללים זו ביום 02.07.2022.

מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר המועד הנקוב לעיל.

## 4. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- א. עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה אל החברה המנהלת או למי מטעמה, יימסרו לפונה בהקדם האפשרי המסמכים המפורטים להלן וכן יפורסמו באתר האינטרנט של החברה:
  - העתק ממערכת כללים זו;
  - מסמך המפרט את הליך בירור התביעה ויישובה;
  - הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע, ובכלל זאת גם מידע לגבי זכותו של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שהיו לו אשר החברה המנהלת חייבת לשפוטו 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 14 ימי עסקים מהיום שיתברר הצורך בהם.
- ד. החברה המנהלת לא תדרוש מתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה המנהלת יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.
- ה. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## 5. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

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

## 6. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

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

### לגבי תשלום חד פעמי:

- עילת התשלום;
- פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב;
- סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה;
- פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהחברה בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי התקנון או הדין קוזזו מהתשלום;
- פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברה מאת התובע;
- פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה;
- סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה;
- הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה;
- הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;
- סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור;
- המועד שבו היו בידי החברה כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.

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

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

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

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

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

## 7. הודעת דחייה

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

## 8. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

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

## 9. הודעה בדבר התיישנות תביעה

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

## 12. בירור תביעה בעזרת מומחה

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

## 13. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

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

## 14. מתן העתקים

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

## 15. שמירת מידע ומסמכים

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

## 16. שמירת דינים

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

17. סיכום המועדים בהתאם למערכת הכללים המצורפת:

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