



הליך בירור ויישוב תביעה לקבלת פנסיית נכות קרן פנסיה - 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 קצבת נכות מקרן הפנסיה.
את המסמכים המבוקשים יש להעביר למחלקת תביעות פנסיה באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

dimottpds@harel-ins.co.il ✉

03-7348575 📞

📍 בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802

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.

נשמח לעמוד 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 נכות

תוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת מסמכי התביעה במשרדי החברה נודיעך על פתיחת התביעה, נפרט את המסמכים שהתקבלו וכן את המסמכים הנדרשים ושטרם הומצאו (במידת הצורך), במידה ויידרשו מסמכים נוספים, החברה לא תוכל לטפל בבקשתך עד להמצאתם.



לאחר שיתקבלו במשרדי החברה כל המסמכים הנדרשים, נעביר את תביעתך לעיונה של הוועדה הרפואית אשר תקבע האם מתקיימת נכות בהתאם לתקנון הקרן. החלטה בדבר בקשתך לקבלת פנסיית נכות מהקרן תשלח אליך תוך 30 ימי עסקים מהיום שבו הושלמו מלוא המסמכים שנדרשו.



ערר על החלטת הוועדה הרפואית (ערר ראשון): הנך רשאי להביא בפני הוועדה רופא מטעמך או להופיע בעצמך בפני הוועדה **תוך 45 יום** ממועד ההודעה על החלטת הוועדה הרפואית. **בתוך 14 ימים** ממועד קבלת הערר, נודיעך על מועד התכנסות הוועדה.

1. הוועדה תכלול הרכב של שני רופאים.
2. הנך זכאי לבקש למנות מטעמו את הרופא השלישי בוועדה, במקרה זה תישא החברה המנהלת בשכרו של רופא הועדה מטעמך בהתאם לתעריפי החברה.

הודעה על החלטת הוועדה הרפואית תישלח **בתוך 30 ימי עסקים**.



ערר על החלטת הוועדה הרפואית (ערר שני): הנך רשאי להגיש בקשה למינוי וועדה רפואית לערעורים **בתוך 45 יום** ממועד ההודעה על החלטת הוועדה הרפואית. **בתוך 14 ימים** ממועד קבלת הערר, נודיעך על מועד התכנסות הוועדה.

1. הוועדה תכלול הרכב של שלושה רופאים.
2. החלטת הוועדה הרפואית לערעורים בסוגיות רפואיות היא סופית ותחייב את הצדדים לכל דבר ועניין, ולא תהיה ניתנת לערעור או לתקיפה בכל דרך שהיא.

הודעה על החלטת הוועדה הרפואית תישלח **בתוך 30 ימי עסקים** ממועד קבלת המסמכים הנדרשים.



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

לעתידי

חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ

לבקשה לקבלת קצבת נכות מהקרן יש לצרף את המסמכים הבאים:

מסמכי חובה

- טופס תביעה לקבלת קצבת נכות מלא על כל סעיפיו
- תעודות רפואיות המעידות על פגיעה בכושרו של המבוטח לעבוד ועל שיעור הפגיעה וכן כל תיעוד רפואי רלוונטי
- כתב ויתור על סודיות רפואית חתום כנדרש
- צילום ת.ז של המבוטח ושל בן/בת זוגו. בהיר וקריא הכולל ספח פתוח עם מצב משפחתי ופירוט ילדים
- 12 תלושי שכר שקדמו למועד האירוע (לתשומת לבך, ייתכן ויידרשו תלושי שכר נוספים)
- כרטיס עובד - (טופס 101): יש למלא על כל סעיפיו, ממועד קבלת הפנסיה לראשונה וכן בתחילת כל שנת מס (ככל שינוכו דמי ביטוח לאומי, עקב אי המצאת טפסי 101 תקינים ומלאים, החברה לא תוכל לבצע את ההחזר)
- המחאה מחשבון המבוטח / אישור ניהול חשבון ע"ש המבוטח
- אישור תקופות דיווח ומעסיקים מהמוסד לביטוח לאומי (טופס זה קיים באתר של המוסד לביטוח לאומי: WWW.btl.gov.il תחת: מילוי והורדת טפסים < אישורים < תקופות עבודה < אישור תקופות ביטוח ומעסיקים)

במקרה שבגין הנכות המבוטח זכאי לקבלת סכומים ממקור אחר

- ככל שהנך זכאי לקבלת קצבה או תשלום אחר לפי אחד מהמקורות הבאים, יש להמציא את המסמכים המפורטים מטה:
- א. פגיעה בעבודה כמוגדר בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תשנ"ה - 1995
 - ב. פגיעת איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תשל"ל - 1970
 - ג. תאונת דרכים כמוגדר בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1975
 - ד. קצבה המשולמת על ידי משטרת ישראל לפי חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א-1981
 - ה. קצבה המשולמת על ידי שירות בתי הסוהר לפי חוק שירות בתי-הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א-1981

המסמכים הנדרשים הם:

- אישור על תשלום דמי פגיעה או סכומים אחרים מאחד מהמקורות המפורטים לעיל; אישור על שיעור ותקופת הנכות והכספים ששולמו בגינה, לרבות גובה ההכנסה לפיה חושבה הקצבה.
- ככל ותביעתך נדחתה, עלייך למצות את ההליכים מול הערכאה המוסמכת לכך ולהעביר לקרן הפנסיה עותק מהחלטתם.

ייצוג ע"י עורך דין

- ככל שהנך מיוצג ע"י עו"ד, יש לצרף ייפוי כח חתום כנדרש
- *ככל שלא יתקבל ייפוי כח תקין, ניהול התביעה יתבצע מול המבוטח בלבד.

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

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

א פרטי המבוטח	
שם משפחה	שם פרטי
מס' ת.זהות	תאריך לידה
טלפון	טלפון נייד
דואר אלקטרוני	Email

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

ב קבלת עדכון בדבר סטאטוס הטיפול בבקשה לקצבת נכות (יש לסמן את אחת מן האפשרויות הבאות)

הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בבקשתי באמצעות:

דואר אלקטרוני

דואר לכתובת מגורי

ג נסיבות אובדן כושר עבודה (יש לסמן את הרלוונטי)

תאונת עבודה תאונת דרכים מחלה מצב סיעודי

תאונת עבודה-דרכים שמירת הריון מחלת מקצוע

תאר בקצרה את נסיבות האירוע, וסיבת היותך באובדן כושר עבודה:

.....

.....

.....

תאריך גילוי המחלה או קרות האירוע: / /

מועד הפסקת עבודה: / /

האם חזרת לעבודה? כן לא.

במידה וחזרת לעבוד נא ציין את המועד: / / ואת היקף המשרה באחוזים: %

במידה והיקף משרתך ירדה, נא ציין את מועד הירידה בהיקף המשרה. / / והיקף משרה חדש: %

ד

במידה וסיבת הנכות הינה שמירת הריון, והגשת תביעה למוסד ביטוח לאומי, באפשרותך לבחור ולסמן מטה כי הנך מבקשת שהקרן תזקוף לחשבונך בקרן דמי גמולים במהלך תקופת הנכות (בין היתר לטובת שמירת הכיסוי הביטוחי בתקופת הנכות בהתאם לשיעור הנכות שיקבע ע"י הגורם הרפואי), ללא תשלום פנסיית נכות מקרן הפנסיה

תבעתי שמירת הריון מהמוסד לביטוח לאומי ואני מבקשת לבחור בזקיפת דמי גמולים בלבד, ללא תשלום פנסיית נכות מקרן הפנסיה

ה פרטי מקום העבודה ועיסוקים קודמים

שם מקום העבודה:

איש קשר ממחלקת שכר: (שם מלא): (טלפון):

תפקיד בעת הפגיעה (אנא פרט תיאור קצר לגבי עיסוקך):

פרט תפקידים שמילאת במקומות עבודה קודמים:

מהי השכלתך? (מספר שנות לימוד, תואר אקדמי, קורסים מקצועיים וכו'):

ו זכאות לקבלת סכומים ממקור אחר

עליך לסמן באם אתה זכאי לתבוע קבלת קצבה מאחד מהגורמים המפורטים מטה (להלן: "קצבה ממקור אחר"):

תאונת עבודה - ביטוח לאומי תאונת דרכים כמוגדר בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1975

מחלת מקצוע - ביטוח לאומי פעולות איבה (מלחמה/טרור) - משרד הביטחון

בחניית הזכאות לקבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה תיעשה לאחר מיצוי הזכויות לקבלת קצבה או תשלום אחר כלשהו מכוח הגורמים המפורטים לעיל.

במידה וקיימת לך זכאות לקבלת קצבה או תשלום אחר מאחד מהגורמים המפורטים לעיל, עליך לצרף את מסמך ההחלטה לרבות פירוט התשלומים אשר שולמו לך.



שם בעל החשבון: ת.ז:

בנק: סניף: חשבון:

ה הסכמה להעברת מידע למעסיק (סעיף רשות)

ה

אני החתום מטה נותן בזאת את הסכמתי ורשות ללעתידי חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ ו/או לעובדיה או למי מטעמה למסור כל מידע כללי ורפואי ללא יוצא מן הכלל הנוגע לתביעתי לבקשתי לקבלת פנסיה מקרן הפנסיה לרבות החלטות הוועדה הרפואית בעייני למעסיקי ו/או למי מעובדיו ו/או למי הפועל מטעמו באופן ובמועד שיידרש על ידו. הנני משחרר את לעתידי חברה לניהול קרנות פנסיה 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.

תאריך: שם המעסיק: חתימת המבוטח: 

ט מידע למבוטח

ט

1. בחתימתך זו הנך מאשר כי כל הפרטים שציינת לעיל הנם נכונים ומדויקים. כמו כן, במקרה שבו יתברר כי מידע שמסרת אינו מלא או מדויק, עלול הדבר להשפיע על זכאותך בתשלום הפנסיה מהקרן, וייתכן כי תחוייב בהחזר תשלומי פנסיה שקיבלת.
 2. אם יתברר בעתיד כי שולמו לך תשלומים שאינך זכאי להם, תהא הקרן רשאית לבצע תיקונים/התאמות וכן לקזז את התשלום מתשלומי הפנסיה/מיתרתך הצבורה, 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.
 3. הנך מאשר בזאת להודיע לקרן על כל שינוי במצבך הרפואי אשר יש בו כדי להשפיע על כושרך לעבוד. כמו כן, הקרן רשאית לפנות אליך מעת לעת לצורך קבלת מסמכים בנוגע להמשך זכאותך לקבלת קצבת נכות מהקרן.
 4. התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון לבין האמור במסמך זה, יחולו הוראות תקנון הקרן.
 5. לתשומת לבך, ככל שתשהה מחוץ לישראל לתקופה רצופה 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: חתימה: 

חלק א'			
אני החתום מטה: (במקרה של קטין, נפטר או חסוי, יירשמו פרטיו)			
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.זהות	
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
		שם האב	
		טל'	

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 הסיעודי 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 הסיעודי 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 הסיעודי 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 עזובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ב'	
שם קופ"ח	סניף
רופאים 1
..... 2 2
..... 3 4
מכונים, מעבדות 1
..... 2 2
..... 3 4
מס' אישי בצה"ל	קופ"ח קודמת

במקרה של קטין	
שם האם/אב	ת"ז
פרטי היורשים במקרה של נפטר	
שם	ת"ז
שם	ת"ז

תאריך: שם העד לחתימה:

חתימת וחותמת עד לחתימה: חתימת המוותר:
 (יש לציין מספר רשיון) (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'.



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.¹ לידיעתך, אי קבלת כל המסמכים הנדרשים (כמפורט מטה) עשויה להביא לניכוי 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. 2. יש למלא האם הילדים בחזקתך. 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. יש למלא כל הכנסה למעט קצבאות זיקנה, שאירים ו/או נכות, תלויים, נידות המשולמות ע"י המוסד לביטוח לאומי - או/ו קצבת נכות, קצבת הורים שכולים ממשד הביטחון, קצבאות אלו אינן נחשבות כהכנסה נוספת ואותן אין צורך לציין בסעיף זה. במידה וצינת שיש לך הכנסות נוספות, יש לצרף תיאום מס הכנסה. 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.

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

לעתיד

חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ



dt15780

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). *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). *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)



סמ"י / בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד (1)

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

שנת המס

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

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	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
<input type="checkbox"/> זכר	<input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		

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

סמ"י / ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

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

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

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

ה. פרטים על הכנסות אחרות

<p><input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)</p> <p><input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:</p> <p><input type="checkbox"/> משכורת חודש (2)</p> <p><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3)</p> <p><input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4)</p> <p><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5)</p> <p><input type="checkbox"/> קצבה (6)</p> <p><input type="checkbox"/> מלגה (1)</p> <p><input type="checkbox"/> ממקור אחר</p> <p>אם יש לי הכנסה אחרת - נא סמ"י:</p> <p><input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת (7)</p> <p><input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו (8)</p> <p><input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p>	<p>חובה להשלים את מקור הקצבה</p>
---	----------------------------------

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות)	<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת			

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

תאריך השינוי	פרטים	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 אני נכה 100% / עיוורת/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 לערכת תיאום מס.

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.

4 אני עולה חדש/ה מתאריך _____.
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים 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 (11) החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד (12).
 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 הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד (12).
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .

9 אני הורה יחיד (12) לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 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 מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת (1) כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)		
			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 שמסרת 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 בפרטי 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 חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (4) משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר.
- (5) 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. משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאינה ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) 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 שאינה ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (7) קצבה - משכורת 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.
- (8) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי הפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי הפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) 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.
- (13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק א"ח, לפי העניין.

מידע בנוגע להגשת תביעה לקבלת פנסיית נכות

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה.

מבוטח יקר,

לרשותך מדריך בו תוכל למצוא את כל המידע שחשוב לדעת בגין תביעת נכות בקרן הפנסיה. לכל שאלה או עומדים לרשותך במענה הטלפוני במספר *6416, בימים א' - ה', בין השעות 08:00 ל- 14:00.

מי זכאי לפנסיית נכות?

מבוטח שהוכר כנכה על ידי הגורם הרפואי על פי הגדרת הנכה בתקנון:

מבוטח שלפחות 25% מכושרו לעבוד נפגע מחמת מצב בריאותו, וכתוצאה מכך אינו מסוגל לעבוד בעבודתו או בכל עבודה אחרת המתאימה לו לפי השכלתו, הכשרתו או ניסיונו, במשך תקופה של למעלה מ-90 ימים רצופים ובהתקיים כל התנאים המפורטים להלן:

1. המבוטח היה מבוטח בקרן במועד האירוע המזכה, כלומר התקבלו הפקדות שוטפות / שולם ריסק אוטומטי / יזום ובלבד שלא עבר את גיל תום הכיסוי הביטוחי.
2. ככל והמבוטח נכה כתוצאה ממחלה שהייתה קיימת טרם הצטרפותו לקרן - חלפו 5 שנים ממועד ההצטרפות ועד למועד הנכות (תקופת אכשרה).
3. הנכות לא נגרמה כתוצאה מאירוע / מחלה אשר הוחרגה בהליך החיתום הרפואי.
4. התביעה לקבלת קצבת נכות הוגשה לחברה המנהלת בתוך 3 שנים ממועד האירוע המזכה.

איך מגישים תביעת נכות?

יש למלא את טופס התביעה במלואו ולשלוח אותו למשרדי החברה באחת מן 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

לקבל סיוע במילוי והגשת מסמכי תביעה בתיאום פגישה מראש מול המענה הטלפוני:

✍ *6416

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

כיצד מחושבת פנסיית הנכות?

פנסיית הנכות מחושבת לפי הנוסחה הבאה:

א. פנסיית נכות לנכה חלקי/מלא:

אחוז כיסוי ביטוחי לנכות X אחוז נכות שנקבע על ידי הגורם הרפואי X שכר קובע בהתאם להגדרתו בתקנון

ב. פנסיית נכות לנכה סיעודי:

אחוז כיסוי ביטוחי לנכות X אחוז נכות שנקבע על ידי הגורם הרפואי X שכר קובע %133 X בהתאם להגדרתו בתקנון

לעתיד

חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ



dt15780

שחרור מתשלום דמי גמולים ושמירה על הכיסוי הביטוחי בקרן לנכות ולשאירים

קרן הפנסיה משלמת עבור הנכה את תשלום דמי גמולים בהתאם לשיעור הנכות שאושר על ידי הגורם הרפואי. נכה שאושרה לו נכות חלקית בלבד, רשאי להורות לחברה המנהלת לגבות דמי ביטוח ממרכיב התגמולים ביתרתו הצבורה, או להפקיד לקרן סכום בגובה דמי הביטוח, לצורך שמירה על היקף הכיסוי הביטוחי לנכות ושאירים שהיה לו בטרם הפך לנכה, לגבי חלק השכר הקובע אשר ביחס אליו לא נקבעה לו נכות. יובהר כי לא ניתן להגדיל את הכיסוי הביטוחי לאחר מועד האירוע.

זכאות לקבלת סכומים ממקור אחר

בחינת הזכאות לקבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה תיעשה לאחר מיצוי הזכויות לקבלת קצבה או תשלום אחר כלשהו לפי אחד מהמקורות המפורטים מטה.

במידה וקיימת לך זכאות לקבלת קצבה או תשלום אחר לפי אחד מהמקורות המפורטים מטה, עליך לצרף את מסמך ההחלטה לרבות פירוט התשלומים אשר שולמו לך.

קצבה מ"מקור אחר" הינה קצבה המשתלמת ע"י הגורמים הבאים:

- א. פגיעה בעבודה כמוגדר בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תשנ"ה - 1995
 - ב. פגיעת איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תשל"ל - 1970
 - ג. תאונת דרכים כמוגדר בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1975
 - ד. משטרת ישראל לפי חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א-1981
 - ה. ידי שירות בתי הסוהר לפי חוק שירות בתי-הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א-1981
- במידה והמבוטח אכן זכאי לתשלום קצבה מ"מקור אחר", חישוב גובה קצבת הנכות יהיה בהתאם לאמור בתקנון הקרן.

א. שלב ראשון - וועדה רפואית:

הוועדה הרפואית הינה הגורם הרפואי שיבחן את בקשתך לקבלת פנסיית נכות, ותפקידה לקבוע:

1. האם המבוטח נכה ע"פ הגדרת נכה בתקנון הקרן.
 2. מהו מועד האירוע המזכה לקבלת נכות.
 3. האם חלפה תקופת אכשרה (ככל והנכות נובעת ממחלה שהיתה קיימת טרם ההצטרפות לקרן).
 4. האם הנכות נגרמה כתוצאה מאירוע/מחלה אשר הוחרגו בהליך החיתום הרפואי.
 5. שיעור הנכות.
 6. תקופת הנכות.
 7. ככל וחלה הרעה/הטבה במצב הרפואי הוועדה הרפואית תקבע את המועד הרלוונטי.
- במרבית המקרים לא תידרש נוכחותו של המבוטח. במקרה בו יזומן, רשאי המבוטח להגיע בליווי מלווה (קרוב משפחה, עו"ד או כל אדם אחר כפי בחירתו).
 - הוועדה הרפואית רשאית לדרוש מסמכים נוספים מעבר למה שהמציא המבוטח עד לאותה העת או להפנותו לקבלת חוות דעת רופא מומחה, וכן לזמן את המבוטח להתייצב לבדיקתו.

ב. שלב שני - ערעור ראשון על החלטת הוועדה הרפואית:

8. ככל והמבוטח חולק על הוועדה הרפואית, רשאי המבוטח להגיש בקשה לערעור בתוך 45 יום ממועד ההודעה על החלטת רופא הקרן.
 9. הוועדה הרפואית תכלול הרכב של שני רופאים.
 10. המבוטח זכאי לבקש למנות מטעמו את הרופא השלישי בוועדה, במקרה זה תישא החברה המנהלת בשכרו של רופא הוועדה מטעמו של מבוטח בהתאם לתעריפי החברה.
- ג. שלב שלישי - ערעור שני על החלטת הוועדה הרפואית: (באמצעות טופס "בקשה לערעור על החלטת הוועדה הרפואית")**
11. ככל והמבוטח חולק על החלטת הוועדה הרפואית, רשאי המבוטח להגיש בקשה למינוי וועדה רפואית לערעורים בתוך 45 יום ממועד ההודעה על החלטת הוועדה הרפואית.
 12. הוועדה תכלול הרכב של שלושה רופאים.
 13. החלטת הוועדה הרפואית לערעורים בסוגיות רפואיות היא סופית ותחייב את הצדדים לכל דבר ועניין, ולא תהיה ניתנת לערעור או לתקיפה בכל דרך שהיא.

מערכת כללים לביורר וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור

נספח ט' לתקנון קרן הפנסיה

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 9-9-2016, מפורטת להלן מערכת הכללים לביורר ויישוב תביעות פנסיה ב"לעתיד 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. בשדה חיפוש יש לרשום טפסים-פנסיה-ערכה להגשת תביעת נכות.

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

1. הגדרות

- במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:
- יום - יום עסקים ע"פ חוק השקעות משותפות בנאמנות התשנ"ד 1994.
 - החברה המנהלת או החברה - לעתיד חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ.
 - תביעה - דרישה מן החברה המנהלת למימוש זכויות לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלבנטיות למימוש זכויות כאמור.
 - 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.
 - 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.
 - אירוע מזכה - פטירת עמית או האירוע שבשלו נקבע כי עמית מבוטח נכה לפי תקנון הקרן.

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 01.06.2018.
מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר המועד הנקוב לעיל.

4. מסמכים ומידע בביורר תביעה

- א. עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה אל החברה המנהלת או למי מטעמה, יימסרו לפונה בהקדם האפשרי המסמכים המפורטים להלן, וכן יפורסמו באתר האינטרנט של החברה:
- העתק ממערכת כללים זו;
 - מסמך המפרט את הליך בירור התביעה ויישובה;
 - הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע, ובכלל זאת גם מידע לגבי זכותו של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שהיו לו אשר החברה חייבת לשפותו בגינן.
 - פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור ויישוב תביעה;
 - טופס הגשת תביעה, ככל שקיים - והנחיות לגבי מילוי;
 - הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה;
- ב. החברה המנהלת תמסור לתובע בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל אצלה מידע או מסמך בקשר לתביעה, הודעה בכתב המפרטת מהם המסמכים שהתקבלו אצלה לצד מועד קבלתם ויפורטו בה המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע.

לעתיד

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 ושילפי 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 נדחית התביעה, ככל שהדחיה נסמכת עליהם.

8. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

א. אם יידרש לחברה המנהלת זמן נוסף לשם בירור התביעה, תימסר לתובע הודעה בכתב על כך ויפורטו בה הסיבות בגין נדרש זמן נוסף כאמור וכן המידע או המסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע לשם בירור התביעה.

ב. הודעת המשך בירור כאמור תימסר לתובע לפחות כל 90 ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה, לפי העניין למעט במקרים הבאים:

- אם פנה התובע לערכאות משפטיות;
 - אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו 2 הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צוין כי לא יישלחו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

9. הודעה בדבר התיישנות תביעה

א. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תיכלל פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה לחברה המנהלת אינה עוצרת את מרוץ התיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ התיישנות.

ב. כל הודעה אחרת הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקה כאמור בדבר התיישנות וכן את מועד קרות האירוע המזכה ויצוין בה כי מרוץ התיישנות החל במועד קרות האירוע המזכה.

ג. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את החברה המנהלת כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה למסור ההודעה הכוללת את פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות - לא תובא 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 החלטה וכן מהי והדרך להגשת השגה, בהתאם בתקנון, לרבות זכותו של התובע להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.

ב. להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור בחברה וכן את פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.

ג. להביא את השגתו בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

11. בדיקה מחודשת של זכאות

א. חברה מנהלת המבקשת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.

ב. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום חלקי, וכן יפורטו באתר האינטרנט.

ג. אם תידרשנה עלויות לצורך בדיקה מחדש כאמור לעיל, התובע לא יישא בהן.
ד. אם כתוצאה מבדיקה מחדשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים עייתיים המשולמים לתובע, ייעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בתקנון, ובהעדר תנאים שנקבעו, תימסר לתובע הודעה על השינוי לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר מ-60 ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד ההחלטה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העייתיים, ויחולו עליה ההוראות 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 הוראות 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:

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

