

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 נציגי 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 או לקבלם במרכז שרות הלקוחות של החברה.
 - על העמית לצרף לטופס הבקשה לקבלת קצבת נכות את כל המסמכים הנדרשים לביטוח של בקשתו.
 - עם קבלת הטפסים מהעמית, תבדוק החברה בתוך חמישה ימי עסקים, את תקינות הטפסים ובאם אינם תקינים תודיע למבוטח, בכתב, כי עליו להשלימם בהקדם האפשרי.
 - הקרן מחויבת תוך 14 יום מהיום שנודע לה הצורך בכך, לשלוח הודעה לתובע אודות דרישה למסמכים נוספים במידת הצורך.
 - לאחר קבלת הטופס ומלוא המסמכים והאישורים הנדרשים על פיו בודקת החברה את בקשת העמית ובוחנת האם קמה לו זכאות לקצבת נכות וזאת כמפורט בתקנון.
- 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.
 - במידה ועומד העמית בתנאי הזכאות הקבועים בתקנון הרלוונטי, ועדה רפואית תדון ותחליט בעניין נכותו של העמית.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - הזכרה תביעתו של עמית ונמצא זכאי לתשלום פנסיית נכות תמסור החברה לתובע במועד התשלום הודעה בכתב.
- 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. 1951, רמת גן מיקוד: 5211802

א פרטי מגיש בקשה (העמית)

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון ניד	טלפון נייד

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 שאינם 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 הסכמת העמית

בהתאם לחוזר בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור, הריני מבקש כי אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה יהיה באמצעות:

דואר (ברירת מחדל) דוא"ל:

תאריך: חתימה:

ו הצהרה

1. הנני מתחייב להודיע לכם מיידית על כל שינוי במצבי הרפואי וכן על כל הכנסה כשכיר או כעצמאי שאקבל במקביל לפנסיית הנכות מכם.

2. 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 זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.

3. 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.

4. הנני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות הפרטים שמסרתי ואמסור לכם במרשם האוכלוסין.

5. 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.

תאריך: חתימה:

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. 070-70-1-700

לכבוד:

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

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 יכנו 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 שהני 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:

חתימה: תאריך:

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.

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

1	<input type="checkbox"/> אני תושב/ת ישראל.
2	<input type="checkbox"/> אני נכה 100% / 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 רבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
3	<input type="checkbox"/> אני תושב/ת קבועה/ בישוב מזכה (13) מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.
4	<input type="checkbox"/> אני עולה חדש/ה מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. חובה לצרף: תעודת עולה.
5	<input type="checkbox"/> בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיעה/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוורת/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.
6	<input type="checkbox"/> אני הורה במשפחה חד הורית(11) החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
7	<input type="checkbox"/> בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד(12). <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .
8	<input type="checkbox"/> בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד(12). <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .
9	<input type="checkbox"/> אני הורה יחיד(12) לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	<input type="checkbox"/> בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
11	<input type="checkbox"/> אני הורה ל _____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
12	<input type="checkbox"/> בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
13	<input type="checkbox"/> מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
14	<input type="checkbox"/> אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
15	<input type="checkbox"/> בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

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

1	<input type="checkbox"/> לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.																									
2	<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות נוספות ממשכורת(1) כמפורט להלן:																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ש</th> <th rowspan="2">כ</th> <th rowspan="2">ת</th> <th colspan="2">ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)</th> </tr> <tr> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					ש	כ	ת	ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)		מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)				9					9					9	
ש	כ	ת	ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)																							
			מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)																						
			9																							
			9																							
			9																							
3	<input type="checkbox"/> פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.																									

י. הצהרה

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

תאריך _____ חתימת המבקש/ת _____

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קצבה - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ט.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושהורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.

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. 1951, רמת גן מיקוד: 5211802

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

- 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:
- 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.
- 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:
- 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.
- 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. 1951, רמת גן מיקוד: 5211802

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. 1951, רמת גן מיקוד: 5211802

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	ישוב	מיקוד	טלפון	מצב משפחתי
_____	_____	_____	_____	_____	_____

הריני להצהיר בזאת, כדלקמן:

- ביום..... נפגעתי בתאונת עבודה (להלן: הפגיעה).
- פניתי 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 שלקרן תהא זכות להפחית לי ו/או לבטל את פנסיית 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 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 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 למצות 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 השאירה/ה חתמ/ה בפני על המסמך לאחר שהיו ברורות לו/לה ההשלכות המשפטיות הנובעות מהחתימה על המסמך.

תאריך:..... חתימה + חותמת:.....

א כללי

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 5-9-2017 מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות בהראל פנסיה וגמל בע"מ (להלן- "החברה המנהלת"). הקרן פועלת בהתאם לתקנון הקיים בה כפי שאושר מעת לעת על ידי הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

הכללים המפורטים במסמך זה מתייחסים ליישוב תביעות בעניין נכות ושאיירים המתקבלות בחברה והמוגשות על ידי מבוטחי הקרן או שאיריהם ו/או באי כוחם. למען הסר ספק יובהר, כי לעניין הליכים משפטיים תחולנה תקנות סדר הדין האזרחי, התשמ"ד-1984 ו/או תקנות בית הדין לעבודה (סדרי דין) התשנ"ב-1999, על פי העניין, למעט בהתייחס לעניינים אשר בהם נקבע הסדר אחר על פי הוראות החוזר. 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 אל מוקד תביעות ותשלומי פנסיה בטלפון *6416, או להדפיס אותה ישירות מאתר האינטרנט של החברה המנהלת שכתובתו www.harel-group.co.il.

ב הגדרות

בחוזר זה -

"תביעה" - דרישה מגוף מוסדי למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור;
 "תובע" - מי שהציג תביעה לגוף מוסדי, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי הגוף המוסדי להיפרע את הטבת הנזק כאמור.

ג כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור

א. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- פנה אדם בקשר להגשת תביעה לגוף מוסדי או למי מטעמו (בפסקה זו - הפניה), ימסור לו הגוף המוסדי בהקדם האפשרי ממועד הפניה לגוף המוסדי או למי מטעמו, את המסמכים המפורטים להלן, הרלוונטיים לסוג התביעה:
 - מערכת הכללים של הגוף המוסדי;
 - מסמך שבו יפורט הליך בירור ויישוב התביעה;
 - הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע; הנחיות אלו יכללו, בין היתר, מידע לגבי זכותו של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שהיו לו אשר הגוף המוסדי חייב לשפותו בגין (כגון שיפוי בשל צעדים שנקטו על ידו לשם הקטנת הנזק, שיפוי בשל תשלום למומחה עבור חוות דעת וכדומה);
 - פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור ויישוב תביעה;
 - טופס הגשת תביעה, ככל שישנו, והנחיות לגבי מילוי;
 - הודעה על תקופת ההתיישנות לפי סעיף 10(1).
- המסמכים המפורטים בפסקה (1) יפורסמו באתר האינטרנט של הגוף המוסדי.
- על אף האמור בפסקה (1), שלח הגוף המוסדי הודעת תשלום כאמור בסעיף קטן (ג), יהיה פטור ממסירת המסמכים המפורטים בפסקה (1) עד (ו).
- על אף האמור בפסקה (1), הוריד הפונה את המסמכים האמורים שם מאתר האינטרנט של הגוף המוסדי, יהיה פטור הגוף המוסדי ממסירת המסמכים כאמור בפסקה (1).
- גוף מוסדי לא ידרוש מתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לגוף המוסדי יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.
- גוף מוסדי ימסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה אצל גוף מוסדי או מי מטעמו, הודעה בכתב. בהודעה יצוין המסמך שנתקבל, מועד קבלתו, ויפורטו בה המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע. גוף מוסדי רשאי לשלוח הודעה כאמור במסגרת הודעת המשך בירור לפי סעיף קטן (ה)2. מצא גוף מוסדי כי דרושים לו מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור תביעה, ידרוש מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לו הצורך בהם.

ב. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה

על גוף מוסדי למסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהיום שהיו בידי כל המידע והמסמכים שהוא דרש מהתובע לשם בירור התביעה או עם תשלום התביעה, הודעה לפי סעיף קטן (ה), אם טרם מסר הודעה כאמור, הודעה לפי סעיפים קטנים (ג) או (ד), בהתאם לנסיבות העניין. דרש גוף מוסדי כי תביעה תוגש בכתב, באמצעות טופס הגשת תביעה כאמור בסעיף קטן (א)1(ה), תחל להימנות התקופה כאמור בסעיף קטן זה לא לפני שנתקבל הטופס בידי הגוף המוסדי.

ג. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

- החליט גוף מוסדי על תשלום תביעה - ימסור לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - הודעת תשלום) שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלוונטיים או שתכלול הפניה למסמכים בעניינים כאמור, שיצורפו להודעה (כגון חוות דעת מומחה):

סכום התשלום הראשון; מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; משך התקופה המירבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות התקנון או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאותו; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאותו במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.
- החליט גוף מוסדי על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - ימסור לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - הודעת תשלום חלקי) שבה שני חלקים כמפורט להלן:

החלק הראשון - בחלק זה יפורטו מרכיביו של התשלום שבו הכיר הגוף המוסדי, ויחולו לגביו ההוראות הקבועות בפסקה (1).

החלק השני - בחלק זה יפורטו הנימוקים העומדים בבסיס החלטתו של הגוף המוסדי לדחות חלק מהתביעה, ויחולו לגביו ההוראות הקבועות בסעיף 10(ד).

ד. הודעת דחייה

החליט גוף מוסדי על דחיית תביעה - ימסור לתובע הודעה בכתב (להלן - הודעת דחייה). נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחית התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.

ה. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

1. סבר גוף מוסדי כי דרוש לו זמן נוסף לשם בירור התביעה - ימסור לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגינן נדרש לו זמן נוסף לבירור התביעה (להלן - הודעת המשך בירור).
2. על גוף מוסדי לציין בהודעת המשך בירור כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם בירור התביעה.
3. הודעת המשך בירור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, או הודעת דחייה לפי העניין. אם בהודעת המשך הבירור הקודמת ועל פי תנאי התקנון נקבע מועד עתידי לבדיקת זכאות, פטור הגוף המוסדי ממשלוח הודעות המשך בירור נוספות עד למועד האמור, ובלבד שתישלח הודעת המשך בירור לפחות לאחר שנה.
4. הגוף המוסדי פטור מחובתו לשלוח הודעות המשך בירור נוספות אם פנה התובע לערכאות משפטיות או אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע ציין הגוף המוסדי כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.

ו. הודעה דבר התיישנות תביעה

1. הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה - תכלול פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה לגוף מוסדי, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן - פסקת התיישנות).
2. כל הודעה הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקת התיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
3. לא כלל גוף מוסדי פסקת התיישנות בהודעה לפי פסקה (1) שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראוהו כמי שהסכים שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליו לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת התיישנות. הסכמת הגוף המוסדי בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפירה הראשונה של הגוף המוסדי.
4. לא כלל גוף מוסדי פסקת התיישנות בהודעה לפי פסקה (1) שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות - יראוהו כמי שהסכים שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין המועד שבו שלח הודעה שבה כלל פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות, לא תובא במניין תקופת התיישנות. הסכמת הגוף המוסדי בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפירה הראשונה של הגוף המוסדי במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות.

ז. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:

1. להשיג על ההחלטה והדרך להגשת השגה, ככל שנקבעו בתקנון, לרבות זכותו להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
2. להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור של הגוף המוסדי, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
3. להשיג על החלטת הגוף המוסדי בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

ח. בדיקה מחודשת של זכאות

1. חברה מנהלת המבקשת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.
2. כללים כאמור בפסקה (1) יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי.
3. התובע לא יישא בעלויות בדיקה כאמור בפסקה (1), אשר ידרוש הגוף המוסדי.
4. גוף מוסדי לא יקטין ולא יפסיק תשלומים עיתיים בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בתקנון ולאחר שהודיע לתובע כי בכוונתו להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן - הודעת שינוי). לא נקבעו כללים כאמור, ימסור הגוף המוסדי לתובע הודעת שינוי לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה לפי הוראות פסקה (1) ה הראתה כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותו של גוף מוסדי לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
5. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת הגוף המוסדי להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים.

ט. בירור תביעה בעזרת מומחה

1. גוף מוסדי שנעזר לשם בירור תביעה במומחה פוגש בתובע, בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, ויודיע על כך לתובע מראש, יסביר לתובע את תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ויודיע לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה.
2. המומחה כאמור בפסקה (1), למעט עובד של הגוף המוסדי שעיקר עיסוקו יישוב תביעות, לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה.
3. הוראות פסקה (1) לא יחולו על גוף מוסדי הנעזר בחוקר במסגרת חקירה סמויה.
4. הודעה לפי פסקה (1) יכול שתימסר במסגרת המסמך האמור בסעיף 1(א) ו-1(ב).
5. לעניין סעיף קטן זה, "מומחה" - בין אם הוא עובד של הגוף המוסדי ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי ולמעט ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

י. חוות דעת מומחה

1. חוות דעת של מומחה שעליה מסתמך הגוף המוסדי 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.
 2. חוות דעת של מומחה, לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלה או אי קבלת תשלומי פנסיה.
 3. נסמך גוף מוסדי על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, ימסור הגוף המוסדי את חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית לפי סעיף קטן (ב) או לפי סעיף קטן (ח). לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע לגוף מוסדי או למומחה מטעמו לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו.
 4. הייתה חוות הדעת של המומחה חסויה על פי דין, ימסור הגוף המוסדי הודעה בכתב לתובע שבה יסביר מדוע הוא סבור כי חוות הדעת חסויה.
 5. היוועצות פנימית שלא עולה כדי חוות דעת, תתועד בתיק התביעה.
- לעניין סעיף קטן זה, "מומחה" - כהגדרתו בסעיף קטן (ט).

2.1.1 גוף מוסדי ישיב בכתב לכל פניה בכתב של לקוח, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בגוף המוסדי, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה. לענין אזרח ותיק (מי שמלאו לו 67 שנים) לא יאוחר מ-21 ימים ממועד קבלת הפניה.

2.1.2 קיבל גוף מוסדי פניה של לקוח, בין אם פנה הלקוח באופן ישיר לגוף המוסדי ובין אם הופנה אליו הלקוח באמצעות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, ומצא הגוף המוסדי שהיה ליקוי בהתנהלותו או בהתנהלות מי מטעמו ואותו הליקוי שנמצא מצביע על היותו ליקוי מערכתי, יערוך הגוף המוסדי בדיקה לאיתור מקרים דומים שבהם אירע הליקוי המערכתי; מצא הגוף המוסדי ליקויים דומים יפיק לקחים ממקרים אלו ויפעל לתיקונם בתוך זמן סביר; בסעיף זה "ליקוי מערכתי" - ליקוי מהותי, ליקוי שחוזר על עצמו או ליקוי בעל השפעה על קבוצת לקוחות; "לקוח" - מבוטח, עמית, מוטב, תובע או מי מטעם.

2.1.3 גוף מוסדי יתעד וישמור מידע על הבדיקה, הפקת הלקחים ותיקון הליקוי המערכתי שאותר.

ה מתן העתקים

3.1.1 גוף מוסדי ימסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מהתקנון, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

3.1.2 גוף מוסדי ימסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר מסר התובע לגוף המוסדי, או מכל מסמך אשר התקבל אצל הגוף המוסדי מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

י טבלת השוואה בין המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור" לבין המועדים והתקופות שנקבעו על ידי החברה

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר	המועד או התקופה לתביעת נכות או שארים
8(א)(7)	דרישה מידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים	30 ימים
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים	כל 90 ימים
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים	30-60 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(יד)	מענה בכתב לפניות הציבור	30 ימים	30 ימים
8(טו)(1)	מענה בכתב לפניות הציבור של אזרח ותיק	21 ימים	14 ימי עסקים
8(טו)(1)	מסירת העתקים מתקנון הקרן	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים