



הנחיות להגשת בקשה לקבלת פנסיית נכות – מגן קרן פנסיה ותיקה

קוד מסמך 2397 ס.63927

עמית יקר,

לנוחיותך, אוגדן מסמכים המרכז את המידע הנדרש לשם הגשת תביעה.

בכדי שנוכל לטפל בפנייתך, עליך לצרף לבקשה את המסמכים הבאים:

1. טופס בקשה לקבלת פנסיית נכות, מלא וחתום (טופס זה).
2. צילום ברור וקריא של תעודת זהות, כולל ספח. ככל שברשותך תעודת זהות ביומטרית, נדרש לצרף צילום של שני הצדדים של התעודה.
3. **מסמכים רפואיים**, אישורי מחלה וכל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים מבתי חולים ומוסדות רפואיים, לרבות סיכום רפואי מטעם רופא מטפל ו/או סיכום מחלה מבית חולים, הכולל את תיאור הפגיעה/מחלה/נכות ופירוט היכולת הפיזית והשיקומית של העמית, אישור רופא תעסוקתי (עבור עמית שכיר).
4. **מס הכנסה** - טופס 101 מלא וחתום, עבור שנת המס הנוכחית. כמו כן, אם הקצבה שתשולם לך מחברתנו אינה הכנסתך היחידה, הנך נדרש לפנות לפקיד השומה באזור מגוריך לצורך ביצוע תיאום מס בהתאם.
5. **לתשומת לבך**, ככל שלא יועבר טופס 101 תקין/אישור פקיד שומה, ינוכה מס מירבי מתשלום הקצבה, כמחויב בחוק.
6. **במקרה של תאונת עבודה**, עליך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי ולהמציא לקרן את כל מסמכי התביעה, אישורים מהמוסד לביטוח לאומי, כולל העתקי פרטוקולים של הדיונים והחלטות הועדות הרפואיות בהם מפורטים מועדי קבלת קצבת נכות, אחוזי הנכות שנקבעו לעמית, הסכומים ששולמו ותקופת הקצבה שאושרה.
7. **במקרה של פגיעה, פעולת איבה או תאונה** - אישור ממוסד ממשלתי (כגון משטרת ישראל, משרד הביטחון וכדומה) המעידים על נסיבות הפגיעה, מסמכי תביעה, באם הוגשה, למשרד הביטחון, חברת ביטוח או כל גוף רלוונטי אחר.
8. **עמית שכיר** - אישור מהמעסיק על מועד הפסקת העבודה, פירוט עיסוק העובד בסמוך לקרות אירוע הנכות, במקרה של חזרה למשרה חלקית - שיעור חלקיות המשרה וגובה השכר.
9. **אישור ניהול חשבון**.
9. **ייפוי כוח בלתי חוזר והוראה בלתי חוזרת** (מצורפים לאוגדן זה).

את טופס התביעה והמסמכים הנלווים יש לשלוח במלואם למשרדי החברה, באחת מהדרכים הבאות:

**כתובת הדואר האלקטרוני:** N12@fnx.co.il

**פקס:** 03-7337986

**דואר לכתובת:**

הפניקס פנסיה וגמל בע"מ

צוות תפעול קרן פנסיה ותיקה

דרך השלום 53 גבעתיים 5345433

בברכה,

צוות תפעול קרן פנסיה ותיקה

הפניקס פנסיה וגמל בע"מ



האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל?  לא  כן. נא פרטי:

שם הרופא וכתובתו	תאריך טיפול

שם בית החולים והמחלקה המטפלת (נא צרף סיכומי מחלה):

האם נותחת או עומדת בפני ניתוח?  לא  כן. נא פרטי את סוג הניתוח, מועד הניתוח ושם ביה"ח:

האם אתה/סובלת או סבלת ממום גופני או מחלה ממושכת?  לא  כן. נא פרטי:

האם תבעת או עומדת לתבוע או זכאית לתבוע גורם אחר (כגון משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכדומה) בקשר לתשלום פיצויים או קצבה בגין הנכות הנ"ל?  לא  כן. נא ציין את שם המוסד הנתבע:

תאריך	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	חתימת המבקש
				X

**ייתור על סודיות רפואית**

הנני החתום מטה נותן בזאת רשות לכל שירותי הבריאות ו/או קופות החולים ו/או לרופאים, לעובדיהם, מוסדותיהם, סניפיהם, מכוניהם ומעבודותיהם, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים לרבות בתי חולים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, החברות לביטוח וקרנות הפנסיה, למסור ל"הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן "המבקשים") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשים, על מצבי הבריאותי ו/או על כל מחלה או מום שחליתי ו/או לקיתי בו בעבר ו/או שהנני חולה או לוקה בו כעת או שאחלה או אלקה בו בעתיד, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית, בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות כלפי המבקשים ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג שהוא בקשר לנ"ל.

תאריך	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	חתימת המבקש
				X

**הצהרת העמית**

- הריני מצהיר כי כל הנתונים והפרטים שמסרתי מלאים ונכונים וכי זכותי לקבל פנסיה תיקבע על פי הצהרה זו ועל פי התקנות.
- ידוע לי כי אם יתברר שהפרטים שמסרתי כולם או חלקם אינם מלאים ו/או נכונים, תהיה החברה רשאית לבטל את זכויותי לפנסיה או לכספים אחרים, לרבות קיזוז הסכומים ששילמה לי.
- הנני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי שיחול באחד או יותר מהפרטים שמסרתי, תוך 30 ימים ממועד השינוי.
- אני מאשר כי המידע שמולא ונימסר על ידי בטופס זה או שיימסר בעתיד בהקשר למילוי או להשלמת טופס זה, נמסר מרצוני החופשי ובהסכמתי המלאה.
- ידוע לי כי המידע יאגרו ויישמרו בכפוף לחוק הגנת הפרטיות, במאגרי המידע של "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ" ו/או "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או חברות אחרות של הקבוצה, לפי הצורך והעניין.
- הריני מבקש בזאת לאשר לי תשלום פנסיית נכות. ידוע לי כי זכותי לקבלת פנסיה תקבע רק לאחר שאמציא לכם את כל המסמכים בהתאם לבקשתכם. הריני מצהיר כי אני נותן לכם הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף, כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות כדי לקבל כל מידע הקשור אלי.
- ידוע לי כי עם קבלת פנסיית נכות לא אהיה זכאי לעבור לקרן אחרת. כמו כן, לא אהיה זכאי לבצע משיכת כספי נתגמולים שהצטברו לזכותי בקרן במהלך תקופה של 5 שנים לאחר מועד הפסקת קבלת פנסיית נכות.
- הריני מתחייב לדווח לכם על הכנסות מעבודה שאקבל. ידוע לי כי אם ההכנסה מעבודה יחד עם סכום הפנסיה יעלו על השכר הקובע, כמוגדר בתקנות, יופחת סכום הפנסיה המגיע לי, בהתאם לאמור בתקנות.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	חתימת המבקש
			X

הרינו להביא לידיעתך כי:

על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, התקופה שבה מתיישנת תביעה שלא הוגשה לבית משפט עומדת על 7 שנים מקרות מקרה הביטוח (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג אי כושר, אשר מתחדש מדי יום ביומו, יחל מניין שבע השנים מדי יום ביומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו יום). ככלל, הגשת תביעה לקרן הפנסיה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות לפי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, אלא רק הגשת תביעה לבית משפט תעצרו.

על פי חוק חוזה ביטוח, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח.

על פי תקנון הקרן, מבוטח יהיה זכאי לפנסיית נכות החל מתום 180 ימים מיום הפסקת עבודה מוחלטת, בשל קרות האירוע המזכה או מיום הגשת תביעת המבוטח לפנסיית נכות - לפי המאוחר. הזכאות נקבעת בהתאם לתקנון הקרן.

לנוחיותך, לטופס הגשת תביעת נכות זה, מצורפת מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור.

לכבוד,

בנק: \_\_\_\_\_

סניף: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_

שם בעל/ת החשבון: \_\_\_\_\_

מספר חשבון בנק: \_\_\_\_\_

### כתב יפוי כוח בלתי חוזר והוראה בלתי חוזרת

**הואיל** ו"הפניקס פנסיה וגמל בע"מ" מרחוב דרך השלום 53 גבעתיים 5345433, טלפון: 03-7332222, פקס 03-7337986, הינה החברה המנהלת את קרנות הפנסיה (להלן "החברה המנהלת");

**והואיל** ובהתאם לתקנון קרן הפנסיה (להלן: "התקנון") הנני זכאי/ת לקבלת תשלומי פנסיה חודשיים;

**והואיל** והנני מנהל/ת אצלכם חשבון לקבלת פנסיה מהחברה המנהלת;

**והואיל** וידוע לי ומוסכם כי כספים אשר קרן הפנסיה ו/או החברה המנהלת תשלם לחשבוני לאחר גמר/הפסקת זכאותי לקבלת פנסיה, על פי התקנון, דינם כדין כספים ששולמו לחשבוני בטעות ואין לי בהם כל זכות שהיא ולחברה המנהלת הזכות לקבלם לידיה.

אשר על כן, מוסכם, מותנה ומוצהר בזאת כדלקמן:

המבוא לכתב זה מהווה חלק בלתי נפרד ממנו.

הריני ליפות, באופן בלתי חוזר, את כוחה של החברה המנהלת לפנות בשמי ובמקומי אליכם, לצורך מתן הוראות להחזר כספים אשר שולמו לחשבוני בטעות, לאחר גמר/הפסקת זכאותי לקבלת תשלומי הפנסיה, תהא הסיבה לכך אשר תהא. למען הסר ספק, הריני לאשר כי פניה כאמור על ידי החברה המנהלת תחייב אותי, לרבות לאחר (חו"ח) פטירת, ויהיה לה אותו תוקף כאילו נעשתה אישית על ידי.

הריני להורות באופן בלתי חוזר כי עם היוודע לכם דבר גמר/הפסקת זכאותי לקבלת תשלומי הפנסיה, בין היתר בעקבות הודעה של החברה המנהל ו/או מי מטעמה ובכפוף להמצאת אסמכתה על תשלום הכספים לחשבוני בטעות לאחר גמר/הפסקת הזכאות, הנכם מתבקשים להחזיר לחשבון עו"ש קרן הפנסיה ו/או החברה המנהלת ו/או לחשבון אחר עליו תורה החברה המנהלת, את הכספים ששולמו לחשבוני בטעות, כאמור לעיל, כשהם צמודים למדד המחירים לצרכן ונושאים ריבית בשיעור שיהיה נהוג בבנק באותה עת לגבי הלוואות צמודות מדד קצרות מועד ולחייב את חשבוני בסכום כאמור.

הריני לאשר כי לא תהיינה לעיזבוני ו/או ליורשי ו/או לשותפי לחשבון בנק זה, כלל שקיים, החתום גם הוא על כתב התחייבות זה, כל טענות ו/או תלונות ו/או דרישות בקשר לאמור בסעיפים 1 עד 3 לעיל.

מובהר בזאת כי אין במסמך זה כדי לפגוע בזכויות צד ג' לקבלת תשלומי פנסיה, בהתאם לתקנון.

ולראיה באנו על החתום,

השותף בחשבון הבנק (ככל שקיים)	מקבל תשלומי הפנסיה
שם פרטי + שם משפחה	שם פרטי + שם משפחה
חתימה	חתימה