



בהתאם להוראות התקנון של קרן הפנסיה ועל מנת שנוכל להמשיך לשלם לך את פנסיית הנכות לה הינך זכאי, כפי שנקבע על ידי הגורם הרפואי והתקנון, על החברה המנהלת לבחון אם חל שינוי במצבך הרפואי ביחס להחלטת הגורם הרפואי האחרונה שהתקבלה בענייך.

זכאותך לפנסיית נכות על פי התקנון, חלה אם התקיימו כל התנאים הבאים יחדיו -

"נכה מלא" - עמית מבוסס שלפחות 25% מכוסרו לעבוד נפגע מחמת מצבו הבריאותי וכתוצאה מכך אינו מסוגל לעבוד בעבודתו או בכל עבודה אחרת המתאימה לו לפי השכלתו, הכשרתו או ניסיונו במשך תקופה העולה על 90 ימים רצופים. קביעת הנכות תהיה בהתאם להחלטת הגורם הרפואי הרלוונטי ובכפוף להוראות התקנון.

"נכה חלקי" - נכה שאינו מלא.

נכה שיש לו הכנסה מהמקורות הקבועים בסעיפים 2 (1) ו-2 (2) לפקודת מס הכנסה (למעט תשלום בגין ימי מחלה ממעסיק שנצברו עד מועד האירוע המזכה), או מדמי אבטלה, או קצבה ממקור אחר (להלן - הכנסה כוללת) תשלום לו מלוא קצבת הנכות כל עוד סכום הקצבה לה הוא זכאי מהקרן בצירוף ההכנסה הכוללת (להלן - הכנסה משולבת לנכה) אינו עולה על כלל הכנסתו החודשית הממוצעת של העמית לפי סעיפים 2 (1) ו-2 (2) לפקודת מס הכנסה ב-12 החודשים שקדמו למועד האירוע המזכה, בין אם הועברו דמי הגמולים לקרן ממלואה או מחלקה בלבד (להלן - תקרת ההכנסה לנכה).

עלתה ההכנסה המשולבת לנכה על תקרת ההכנסה לנכה, יופחת מסכום קצבת הנכות המשולמת לעמית הנכה, מחצית מההפרש שבין ההכנסה המשולבת לנכה לבין תקרת ההכנסה לנכה.

תשלומים ששלום בטעות

קיבל אדם מהקרן זכויות או תשלומים כלשהם בניגוד להוראות ההסדר התחיקתי או הוראות התקנון, בין אם בהטעה בין אם בתום לב, תתבטל הזכות או חלק הזכות שהוגש בניגוד להוראות ההסדר התחיקתי או הוראות התקנון.

החברה המנהלת תהיה רשאית לדרוש החזר סכומים ששלמו לך מן הקרן או לנכות מתשלום קצבה או מכל סכום שיעמוד לזכותך את התשלום ששלום בניגוד להוראות ההסדר התחיקתי או הוראות התקנון בין מועד התשלום בפועל לבין מועד הניכוי או ההחזר.

השלמת דמי גמולים

ככל ונקבעה לך נכות חלקית (נמוכה מ-100%) וטרם עברו 4 חודשים מאישור הנכות בכדי לשמור על הרצף הביטוחי והכיסוי הביטוחי עליך להשלים את דמי הגמולים המועברים לחשבון קרן הפנסיה על שמך במסגרת תביעת הנכות לשיעור מלא.

אי השלמת דמי גמולים תפגע משמעותית בכיסוי הביטוחי שלך לנכות ולשאירים כמו כן תיפגע המשך הצבירה הפנסיונית לזקנה.

על פי דרישת רשות שוק ההון עליך למלא את הטופס המצ"ב ולהחזירו יחד עם הנספחים להלן למשרדנו תוך חודש מיום מכתבנו.

ככל שהנך עובד יש לצרף:

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 זכותי לפנסיית נכות, או מן המועד האחרון שלגביו הגשתי לקרן טופס כאמור בעבר, לפי המאוחר.

עצמאי - לטופס זה הריני מצרף שומה עצמאית לשנת המס האחרונה.

ככל והצהרה המצ"ב לא תועבר תוך 30 ימים ממועד מכתב זה תאלץ החברה לעכב המשך תשלום פנסיית הנכות, עד לקבלת המסמכים.

ובקשר להזדרז ולהמציא המסמכים במועד כדי לא לפגוע בזכויותיך.

החברה רשאית במקרים חריגים לשנות את לוח הזמנים לעצירת תשלומים.

ניתן להעביר את הנדרש באמצעות:

כתובת הדואר האלקטרוני: tp@fnx.co.il

פקס: 03-7337942

או בדואר לכתובת: הפניקס פנסיה בע"מ

מחלקת תביעות פנסיה

דרך השלום 53, גבעתיים 5345433

מילוי פרטים אישיים				
שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	
כתובת מלאה (רחוב, מס' בית, יישוב, מיקוד)		טלפון	טלפון סלולרי	
העילה לזכאות	תקופת זכאות	שיעור הזכאות	מועד הפסקת הזכאות	גובה הקצבה

הצהרה לגבי הכנסות נוספות (יש לסמן בעיגול סעיף א' או ב' ולמלא בהתאם)

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

יש לי הכנסות נוספות מלבד פנסיית הנכות המשולמת ע"י הקרן. **נא לסמן 1 או 2 ולצרף בהתאם:**

1. הכנסת עבודה (שכיר); פרוט _____

2. הכנסה מעסק ומשלח יד (עצמאי); פרוט _____

נספח ב'

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 ביודעי 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.			
תאריך	שם מלא	מס' תעודת זהות	חתימה X