

שם העמית	מספר זהות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

## הנחיות לטופס 541

### בקשה לתשלום גמלת נכות בקרן הפנסיה "יוזמה- קרן פנסיה לעצמאים"

#### עמית נכבד,

לצורך הגשת בקשה לקבלת גמלת נכות למלא את הטפסים המצורפים הבאים וכן לצרף את המסמכים הנוספים המפורטים. העברת מלוא הטפסים ומסמכים מלאים וברורים תסייע לנו לטפל בבקשתך בצורה יעילה ומהירה.

#### מסמכים נדרשים למילוי על ידי מגיש הבקשה לקבלת גמלת נכות:

##### 1. פרטי העמית המבקש -

טופס הגשת בקשה לתשלום גמלת נכות:

בחלק פרטי העמית המבקש - יש להקפיד על מילוי הפרטים המלאים.

כמו כן, באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעה בדבר הבקשה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:

- דואר אלקטרוני מאובטח- תנאי למשלוח הודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו ישלח קוד לצורך פתיחת ההודעה.

- דואר ישראל לכתובת המפורטת מטה בטופס זה.

- פקס

אם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בתכנית יטפל בבקשתך, נא למלא ולחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס הבקשה.

**נספח א'** - נועד למילוי על ידי העמית, יש למלא את הפרטים האישיים של העמית מבקש גמלת הנכות ואת השאלון ביחס לנכות.

**נספח ב'** - נועד למילוי על ידי הרופא המטפל.

2. טופס "הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי קצבה" חתום על ידי בעל החשבון / חתום על ידי הבנק.

- כאשר גובה הקצבה החודשי הינו עד 15,000 ₪, יש להמציא תצלום המחאה או אישור לניהול חשבון בנק, בהם מופיעים פרטי חשבון הבנק ושם מלא של בעל החשבון.

- כאשר גובה הקצבה החודשי הינו מעל 15,000 ₪, יש להמציא תצלום המחאה בצירוף אישור לניהול בנק, בהם מופיעים פרטי חשבון הבנק ושם מלא של בעל החשבון.

3. טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (עד לחתימה יכול להיות עו"ד/ רופא/ אחות/ עובד סוציאלי/ פסיכולוג/ סוכן הביטוח בצירוף חותמת/ מספר רישיון סוכן).

4. כרטיס עובד - טופס 101 של מס הכנסה - יש להקפיד על ציון שנת המס ועל מילוי סעיף ה - "פרטים על הכנסות אחרות". להלן דגשים נוספים למילוי הטופס:

#### מהו טופס 101?

בהתאם לתקנות מס הכנסה ומס מעסיקים חייב כל מקבל קצבה למלא טופס 101 בעת תחילת קבלת קצבה וכן בתחילת כל שנת מס.

#### תשומת ליבך לחובת המילוי בחלק ה' - "פרטים על הכנסות אחרות":

1. אם הוצהר בטופס 101 כי אין לך הכנסות נוספות, ניכוי המס יחושב על פי מדרגות מס רגילות בקיזוז הזיכויים

השונים (נקודות זיכוי וכו'). אם קיימות סיבות נוספות לפטור/זיכוי ממס, יש למלא את הסעיפים הרלוונטים בחלק ה' לטופס.



שם העמית	מספר זהות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

## הנחיות לטופס 541

### בקשה לתשלום גמלת נכות בקרן הפנסיה "יוזמה- קרן פנסיה לעצמאים" - המשך

2. אם הוצהר כי יש לך הכנסה נוספת, יש לצרף אישור ותיאום מס מפקיד השומה עם הנחיות לניכוי מס. את תיאום המס ניתן לבצע גם באמצעות אתר האינטרנט של רשות המיסים.  
לתשומת ליבך, קיימת חשיבות רבה למילוי טופס זה, לצורך חישוב ניכוי המס מהקצבה החודשית. אם לא יועבר הטופס במועד או שלא יועבר אישור מפקיד השומה עם הנחיות לניכוי מס (במקרה שיש הכנסות נוספות) - ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה החודשית.
5. לאישה נשואה שהינה עקרת בית - יש למלא טופס 619 של המוסד לביטוח לאומי "פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה לאשה נשואה".

#### מסמכים נדרשים לצירוף לבקשה:

1. תצלום תעודת הזהות של העמית כולל ספח פתוח. בתעודת זהות ביומטרית, יש להעביר צילום של שני צידי התעודה.
  2. סיכום מחלה מרופא מטפל המעיד על תחילת המחלה/התאונה בגינה מוגשת הבקשה.
  3. אישורים על חופשת מחלה מרופא מומחה המטפל לתקופת הנכות הרצופה, סיכום אשפוז, מסמכים רפואיים נוספים וכן פרוטוקול הועדה של המוסד לביטוח לאומי באם הוגשה תביעה.
  4. אישורים על הכנסה:
    - **מבוטח שכיר** - יש לצרף 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח, וככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי, תלושי שכר מיום חזרתך לעבודה.
    - **מבוטח עצמאי** - יש לצרף אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסותיך לאחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות כאמור.
- לתשומת ליבך, מאחר שהזכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירתו של מקבל הקצבה, נקבע בהוראות הממונה כי מקבל קצבה שישהה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, יודיע על כן לקרן וימציא פרטים ליצירת קשר עמו בתקופת שהותו מחוץ לישראל. בתקופת שהותו מחוץ לישראל יהא עליו להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" לצורך בדיקת זכאותו להמשך קבלת קצבה.

אופן הגשת הבקשה:

ניתן להגיש את טופס הבקשה והמסמכים המבוקשים מעלה באחת מהאפשרויות הבאות:

- לתיבת דואר אלקטרוני: [makefetclaim@migdal.co.il](mailto:makefetclaim@migdal.co.il)
- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות פנסיה
- בפקס: 076-8869264

מה יקרה בהמשך:

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תיבחן על ידנו זכאותך לכיסוי ביטוחי, אם תידרשנו הבהרות או השלמות כלשהן, לאחר הגשת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לבקש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים לפי הצורך.

בברכת בריאות ורפואה שלמה,  
תביעות פנסיה





מספר זהות	שם העמית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

## הגשת בקשה - תשלום גמלת נכות (אובדן כושר עבודה) - ביזמה - קרן פנסיה לעצמאים

טופס מספר **541**

נספח א' - למילוי בידי העמית

א. פרטי העמית המבקש							
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		עיסוק	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

**ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים** יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שציינת לעיל

דואר אלקטרוני\* (יש למלא גם מספר טלפון נייד)

דואר ישראל

פקס

בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.

\* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני:

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

יש לסמן ולרשום את שם הסוכן \_\_\_\_\_ מס' סוכן \_\_\_\_\_

הריני מאשר בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן - "מגדל") ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח ששמו רשום מעלה את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מגדל" ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ בכל הנוגע להעברת המידע ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו. ככל שלא תמנה את הסוכן שלך לטפל בשמך בתביעה לפי סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר תעודת זהות	חתימה*
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**ג. הצהרות העמית**

- אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים, מדויקים ושלמים ואני אחראי לאמיתותם ואני מתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי הנחלת הקרן תהיה רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ו/או אישורים ו/או פרטים נוספים כתנאי לתשלום או להמשך תשלום גמלה ו/או אחר.
- ידוע לי כי לאחר התחלת קבלת הגמלה, לא אוכל לשנות את בחירתי.
- אני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות פרטים, שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי כי אם יתברר בעתיד שבטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אזי תהיה הקרן רשאית לבצע תיקונים ו/או התאמות נדרשות וכן לקזז התשלום מתשלום הגמלה ו/או מכל סכום שיעמוד לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, על-פי כל דין.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, כל חוב שלי ו/או של הרשומים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו על-ידי הקרן.
- ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום גמלה ו/או אחר המגיע לי ו/או לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, את מלוא המיסים ו/או ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ו/או המוטלים על העמית ו/או שאיריו ו/או למוטביי ו/או יורשיי בגין תשלום של הקרן אליהם.
- אני מתחייב בזאת להודיע למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ מיידי על כל שיפור שיחול במצב בריאותי אשר יאפשר חזרתי לעבודה מלאה או חלקית באופן השונה מהמצב הרפואי על-פי אושרה לי הגמלה.
- קבלת שרותים מחברות בקבוצת מגדל - ידוע לי ומוסכם עלי כי החברה המנהלת תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול ו/או תפעול של הקרן לרבות ומבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, שירותי ניהול תיקי השקעות, שירותי שיווק, שירותי גביה ושירותי מיכון מכל חברה בקבוצת מגדל בין אם היא חברה קשורה/שולטת/בעלת ענין בחברה המנהלת ובין אם לאו או מכל גוף שאיננו קשור לקבוצת מגדל. קבוצת מגדל בבקשה זו משמעה - מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ וכן כל גוף ו/או חברה הנשלטים על-ידיה, במישרין או בעקיפין.
- ידוע לי כי אם אשה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, אני מתחייב להודיע לקרן הפנסיה על שהייתי מחוץ לישראל ולמסור לקרן פרטים ליצירת קשר עימי בתקופת שהותי מחוץ לישראל. כמו כן, לצורך בדיקת זכאותי להמשך קבלת גמלה, אני מתחייב להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" מדיי תקופה, בהתאם לבקשת הקרן.

תאריך	חתימת העמית*
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



שם העמית	מספר זהות
מספר תכנית/ות	תאריך
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## דף הנחיות לטופס 541 טופס הגשת בקשה לתשלום פנסיית נכות

### עמית נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בבקשתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן. אם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בתכנית יטפל בבקשתך, יש למלא או לחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס הבקשה. באפשרותך לבחור את אופן משלוח הודעות בדבר התביעה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:  
- דואר אלקטרוני מאובטח. תנאי למשלוח הודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו תשלח סיסמה לצורך פתיחת ההודעה.  
- דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה.  
- פקס.

### נבקשך לסמן את בחירתך על גבי טופס זה במקום המיועד לכך בטופס הבקשה.

#### מסמכים שיש לצרף:

1. פרטי העמית המבקש - למילוי בידי העמית
2. נספח א' - נועד למילוי בידי העמית - יש למלא את פרטיו האישיים של העמית מבקש פנסיית הנכות ואת השאלון המצורף.
3. נספח ב' - נועד למילוי בידי הרופא המטפל.
4. תצלום תעודת הזהות של העמית ושל בן/בת הזוג כולל ספח פתוח.
5. טופס "הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי פנסיה" חתום על ידי בעל החשבון.  
- בתביעה בסכום שעד 10,000 ₪, יש להמציא לחברתנו תצלום המחאה או אישור לניהול חשבון בנק, בהם מופיעים פרטי הזיהוי שלך.  
- בתביעה בסכום מעל 10,000 ₪, יש להמציא לחברתנו תצלום המחאה בצירוף אישור לניהול חשבון בנק, בהם מופיעים פרטי הזיהוי שלך.
6. טופס "ויתור על סודיות רפואית וכללית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (מצ"ב) ("עד לחתימה" יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק).
7. אם הינך שכיר, יש לצרף אישור מהמעסיק על היקף המשרה ותאריך הפסקת העבודה.
8. סיכום מחלה מרופא מטפל המעיד על תחילת המחלה / התאונה בגינה מוגשת הבקשה.
9. סיכום אשפוז, מסמכים רפואיים וכן פרוטוקול הועדה של המוסד לביטוח לאומי באם הוגשה תביעה.
10. אישורים על חופשת מחלה מרופא מומחה המטפל לתקופה רצופה.
11. 12 תלושי שכר אחרונים שקדמו למועד אירוע הנכות.
12. טופס 101 של מס הכנסה - הצהרה על הכנסות אחרות (מצ"ב). להלן הסבר תמציתי בנוגע למילוי הטופס:

#### מהו טופס 101?

בהתאם לתקנות מס הכנסה ומס מעסיקים חייב כל מקבל קצבה למלא טופס 101 בעת תחילת קבלת קצבה וכן בתחילת כל שנת מס. בטופס זה נרשמים פרטי האישיים ופרטים בדבר הכנסות נוספות המשפיעים על חישוב המס.

#### תשומת ליבך לחובת המילוי בחלק ה' - "פרטים על הכנסות אחרות":

1. במידה והנך מצהיר בטופס 101 כי אין לך הכנסות נוספות, ניכוי המס יחושב ע"פ מדרגות מס רגילות בקיזוז הזיכויים השונים (נקודות זיכוי וכו').
2. במידה והנך מצהיר כי יש לך הכנסה נוספת, יש לצרף אישור תאום מס, בהעדר אישור תאום מס ינוכה מס מרבי.

לתשומת ליבך, מאחר שהזכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירתו של מקבל הקצבה, נקבע בהוראות הממונה כי מקבל קצבה שישהה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, יודיע על כך לקרן וימציא פרטים ליצירת קשר עמו בתקופת שהותו מחוץ לישראל. בתקופת שהותו מחוץ לישראל יהא עליו להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" לצורך בדיקת זכאותו להמשך קבלת קצבה.

לתשומת ליבך! קיימת חשיבות רבה למילוי טופס זה, לצורך חישוב גובה הקצבה החודשית.

במידה ולא יועבר הטופס במועד - ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה החודשית.

ניתן להעביר את טופס הבקשה והמסמכים הרלוונטיים למייל: [makefetclaim@migdal.co.il](mailto:makefetclaim@migdal.co.il)

פקס מס' 076-8869264 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות פנסיה.

יש לחתום בתחתית הטופס ולהוסיף את תאריך החתימה.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה  
בברכה,  
תביעות פנסיה

מידע נוסף ניתן למצוא באתר [migdal.co.il](http://migdal.co.il) או אצל סוכן הביטוח שלך

כתובת למשלוח דואר: יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ, ת"ד 3778 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ

קוד מסמך: 623



016235410117080620

עמוד 1 מתוך 17 דפים



## הגשת בקשה - תשלום פנסיית נכות (אובדן כושר עבודה) נספח א' - למילוי בידי העמית

טופס מספר **541**

שם העמית	מספר זהות
מספר תכנית/ות	תאריך
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

### א. פרטי העמית המבקש

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מצב משפחתי	מין
					נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	
דואר אלקטרוני		מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס		

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך באחת מהדרכים הבאות:  דואר אלקטרוני  דואר ישראל  פקס  
במידה ולא תתקבל כל תשובה ממך, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.  
\* יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.

### הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר

ככל שברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים בסעיף א' לעיל יעודכנו במערכות ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ, מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ויוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ) היך נדרש/ת לאשר בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו ישמשו את ה"חברה" לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.  
אני ה"מ" מבקש/ת לעדכן את הפרטים המפורטים לעיל כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותי בחברה.

### ב. הצהרות העמית

- אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים, מדויקים ושלימים ואני אחראי לאמיתותם ואני מתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי הנהלת הקרן תהיה רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי 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 אחר.
- ידוע לי כי לאחר התחלת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי.
- אני מאשר ונותן לכך בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות פרטים, שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי כי אם יתברר בעתיד שבטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אזי תהיה הקרן רשאית לבצע תיקונים ו/או התאמות נדרשות וכן לקזז התשלום מתשלום הפנסיה ו/או מכל סכום שיעמוד לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, על-פי כל דין.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, כל חוב שלי ו/או של הרשומים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו על-ידי הקרן.
- ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה ו/או אחר המגיע לי ו/או לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, את מלוא המיסים ו/או ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ו/או המוטלים על העמית ו/או שאיריו ו/או מוטביו ו/או יורשיו בגין תשלום של הקרן אליהם.
- אני מתחייב בזאת להודיע ל"יוזמה" מיידית על כל שיפור שיחול במצב בריאותי אשר יאפשר חזרתי לעבודה מלאה או חלקית באופן השונה מהמצב הרפואי על-פיו אושרה לי הפנסיה.
- קבלת שרותים מחברות בקבוצת מגדל - ידוע לי ומוסכם עלי כי החברה המנהלת תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול ו/או תפעול של הקרן לרבות ומבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, שירותי ניהול תיקי השקעות, שירותי שיווק, שירותי גביה ושירותי מיכון מכל חברה בקבוצת מגדל בין אם היא חברה קשורה/שולטת/בעלת ענין בחברה המנהלת ובין אם לאו או מכל גוף שאיננו קשור לקבוצת מגדל.
- קבוצת מגדל בבקשה זו משמעה - מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ וכן כל גוף ו/או חברה הנשלטים על-ידיה, במישרין או בעקיפין.
- ידוע לי כי אם אשה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, אני מתחייב להודיע לקרן הפנסיה על שהייתי מחוץ לישראל ולמסור לקרן פרטים ליצירת קשר עימי בתקופת שהותי מחוץ לישראל. כמו כן, לצורך בדיקת זכאותי להמשך קבלת קצבה, אני מתחייב להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" מדי תקופה, בהתאם לבקשת הקרן.

תאריך	חתימת העמית
-------	-------------

### ג. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' \_\_\_\_\_ מספר זהות / מספר רישיון סוכן \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או יוזמה קרן פנסיה לעצמאים" ולקבל מ"מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או יוזמה קרן פנסיה לעצמאים" את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת העמית
-------	----------------	-------------

### ד. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוון החוק ו/או תכניות הפנסיה שבניהול מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ (להלן: "החברה"), נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר לעמית ו/או לזכאים אחרים מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת העמית
-------	----------------	-----------	-------------



016235410217080620

עמוד 2 מתוך 17 דפים

קוד מסמך: 623



שם	מספר זהות
מספר תכנית	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## נספח א' - למילוי בידי העמית

אני מבקש בזאת, בכפוף לתקנון הקרן וליתרת הזכאות הרשומה על שמי, לקבל פנסיית נכות החל מתאריך \_\_\_\_\_ בהתאם לנתונים המפורטים בבקשה זו ולמסמכים המצורפים. האמור בכל ההסברים שבטופס, כפוף לתקנון קרן הפנסיה של מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, והאמור בתקנון הוא הקובע.

### שאלון לעמית מבקש פנסיית הנכות

נסיבות הבקשה:

מחלה  תאונה  שמירת היריון  
 תאונה אישית  תאונת עבודה  מחלת מקצוע  תאונת דרכים  תאונת דרכים/עבודה  אחר \_\_\_\_\_

הנך מתבקש לענות בכתב על כל השאלות שלהלן:

- מועד הפסקת העבודה כתוצאה מהתאונה או המחלה (גם אם שולמו ימי מחלה מאותו מועד) \_\_\_\_\_.
- פרט את מהלך הסיבות והתוצאות של התאונה / המחלה: \_\_\_\_\_
- במקרה של תאונה, מתי קרתה? במקרה של מחלה - מתי הופיעו לראשונה סימנים למחלה: \_\_\_\_\_
- מי הם הרופאים והמוסדות הרפואיים שמהם קיבלת טיפול בקשר לנכות זו? \_\_\_\_\_
- מסור פרטים מדויקים על עיסוקך ותפקידך בעבודתך ערב קרות אירוע הנכות:
  - עיסוקך ותפקידך \_\_\_\_\_
  - מספר שנים בהן היית בעיסוקך / תפקידך הנ"ל \_\_\_\_\_
  - האם שינית מקצוע או משלח-יד מאז הצטרפותך לקרן הפנסיה, אם כן, נא מסור פרטים על השינוי \_\_\_\_\_
  - האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרות אירוע הנכות ואם כן מתי? \_\_\_\_\_
- פרט השכלה, הכשרות תעסוקתיות, לימודים ועוד: \_\_\_\_\_
- האם הנך מסוגל לעבודה כלשהי? אם כן איזו? \_\_\_\_\_
- האם הנך עובד כעת בעבודה כלשהי למען שכר או תגמול? אם כן מהי ומה הכנסתך החודשית? \_\_\_\_\_
- האם הנך נוהג ובעל רישיון בתוקף? \_\_\_\_\_

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת העמית



013025410317080119

קוד מסמך: 1201 | לשימוש פנימי - סמן X: חב 1 חב 7 עמוד 3 מתוך 17 דפים



מספר זהות	שם העמית
תאריך	מספר תכנית/ות
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## נספח ב' - שאלון לרופא למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על-ידי רופא משפחה/ילדים.  
רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

### א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה

שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	מספר פקס
דואר אלקטרוני				

### ב. פרטי העמית

מספר 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: \_\_\_\_\_

5. מצבו הבריאותי הנוכחי של העמית:  החלים  הורע  ללא שינוי, נא פרט: \_\_\_\_\_

### ד. פרטים על כושר עבודתו של העמית

1. העמית נמצא באובדן כושר עבודה מתאריך \_\_\_\_\_ ועד לתאריך \_\_\_\_\_

2. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו \_\_\_\_\_ באיזה היקף משרה \_\_\_\_\_

3. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר העבודה, אם ישנם: \_\_\_\_\_

חתימת  
הרופא  
המטפל ★

תאריך



013025410417131117

עמוד 4 מתוך 17 דפים

קוד מסמך: 1202



שם הסוכן	מספר הרישיון
שם המפקח	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## ויתור על סודיות רפואית וכללית

### א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי	שם משפחה		מספר זהות			
		מס' דירה	מס' בית	רחוב			
מספר טלפון	מיקוד	יישוב					

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת החולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או חברות ביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל עובדיהם ו/או מי מטעמם (להלן "המוסדות") למסור למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או יזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ ו/או מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמם ו/או לבאי כוחן (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש ע"י המבקש המצויים בידי המוסדות, על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שאחלה / שחליתי / שאני חולה בה, ואני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד

#### שמות נותני השירותים

רופאים	1.	2.	3.	4.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.	4.

#### שם קופ"ח קודמת

--

### ב. חתימת אפוטרופוס - במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

### ג. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק / סוכן ביטוח בצירוף חותמת / מספר רישיון סוכן.

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד ★

### ד. חתימת העמית

תאריך	מספר זהות	חתימת העמית ★





שם מבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
מספר תביעה	



טופס מספר **2709**

## טופס הודעת מעסיק על היעדרות עובד עקב תאונה/ מחלה

הרינו להודיע כי:

העובד, שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ אשר עובד בחברתנו החל מתאריך \_\_\_\_\_ בתפקיד \_\_\_\_\_ חדל מלהגיע לעבודתו עקב תאונה החל מתאריך \_\_\_\_\_ . הנ"ל חזר לעבודתו בתאריך \_\_\_\_\_ למשרה בהיקף של \_\_\_\_\_ שעות, \_\_\_\_\_ ימים בשבוע. היקף משרתו טרם התאונה היה % \_\_\_\_\_ . בברכה,

שם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק ★ \_\_\_\_\_

**את המסמכים אפשר לשלוח אלינו באחת מהדרכים הבאות:**  
 בדואר: עבור מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, עבור תביעות פנסיה.  
 ת.ד. 3778 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106  
 בפקס: 076-8869264 דוא"ל: [makefetclaim@migdal.co.il](mailto:makefetclaim@migdal.co.il)  
 יש להעביר את המסמכים בצירוף פרטים מזהים כגון: מס' תוכנית, מס' זהות, שם מלא ותאריך אירוע.

(מהדורה 06.2020)

**מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ**

מידע נוסף ניתן למצוא באתר [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il). אצל סוכן הביטוח שלך  
 כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, ת.ד. 3778 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106



014724220102301219

עמוד 6 מתוך 17

קוד תיק: 858



שם	מספר זהות
מספר טלפון נייד	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי פנסיה

לכבוד

שם הבנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	יישוב	מיקוד
---------	-----------	--------------------	----------	-------	-------

### פרטי חשבון הבנק לתשלום הפנסיה

מספר חשבון בנק	שם בעל החשבון	שם בנק	שם סניף	מספר סניף
----------------	---------------	--------	---------	-----------

נכבדי,

הואיל ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ משלמת / תשלם לי מידי חודש בחודשו פנסיה חודשית, אשר נזקפת / תיזקף על-ידכם, לפי בקשתי, לזכות חשבוני אצלכם, אני נותן לכם בזה, לפי בקשת הקרן, הוראה מוחלטת ובלתי חוזרת, להחזיר לקרן לפי דרישתה הראשונה כל סכום שיועבר על-ידיה לחשבוני שלא כדין ומבלי שהיתה לי זכות לסכום זה, בהתאם לקביעת הקרן ומבלי שייפגעו זכויותי כאמור להלן, וזאת כל עוד מצב חשבוני יאפשר לי זאת ו/או לא תהיה כל מניעה חוקית לביצוע הוראתי זו.

ידוע לי שאוכל להורות לבן משפחה לפעול מטעמי בחשבון לאחר תיאום הנושא עם הקרן.

הוראותי הנ"ל אינן ניתנות לכל שינוי או לביטול בלי הסכמת הקרן מראש ובכתב, והן יישארו בתוקפן גם אחרי שזכותי לפנסיה תפוג לחלוטין.

למען הסר ספק, ומבלי לגרוע בהחלטיות הוראותי הנ"ל, מוצהר בזה שאין לראות בהוראה זו שום ויתור או מחילה על זכות כלשהי המגיעה לי ו/או לזכאים מכוח זכותי על-פי תקנון הקרן, וכי הוראה זו ניתנת כדי לאפשר לקרן להחזיר לעצמה כספים ששילמה לי מבלי שהייתי זכאי להם על-פי תקנון הקרן, בהתאם לקביעתה וזאת מבלי לגרוע מזכותה לפעול בכל הליך אחר להשבת סכומים ששולמו על-ידיה ביתר.

הוראתי זו כוחה יפה רק לגבי כספים שהועברו לחשבוני על-ידי הקרן, ובשום מקרה אין לנהוג לפיה לגבי סכום גבוה יותר מסך הסכומים שהועברו על-ידי הקרן.

חתימת  
העמית ★

תאריך

לצורך תשלום לחשבון הבנק הנ"ל יש לצרף תצלום המחאה מבוטלת או להחתים את הבנק על האישור מטה

### אישור הבנק:

יש לחתום במקום המיועד ולהחזיר לקרן

מספר  
זהות

מתנהל  
על שם  
המבוטח

אנו מאשרים כי  
החשבון שמספרו

חתימת  
הסניף ★

תאריך

5171



016330000717140618

קוד מסמך: 1331 | לשימוש פנימי - סמן X:  חב 1  חב 7  עמוד 7 מתוך 17 דפים

יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ



# כרטיס עובד<sup>(1)</sup>

סמך/י ✓ ריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד<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 למעביד 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 המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
יזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ	אפעל 4 פתח תקווה 4951228	03-9201010	9, 3, 5, 8, 9, 6, 6, 4, 7

## ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
כְּתוּבַת פְּרִטִית	מספר	מספר	מספר טלפון נייד	
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
<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	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני				

## ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

סמך/י ✓ ליד שם הילד:		בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך	
סמך/י ✓ ליד שם הילד:		בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מ"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 לרבות מלגות<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>

ממקור אחר

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 המעביד 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 המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(10)</sup>

## ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<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
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

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 יזכה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

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  תושב/ת חוזר/ת מתאריך \_\_\_\_\_ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך \_\_\_\_\_ . מי שתקופת זמאותרו (42 חדש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - יזכה לפקיד השומה. **חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת** - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). **עולה חדש/ה** - 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 שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 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<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .

9  אני הורה יחיד<sup>(12)</sup> 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 לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים, בגינו 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. לילד, בגינו 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 סיוע לימודים לתואר אקדמי, סיוע התמחות או סיוע 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<sup>(1)</sup> כמפורט להלן:

שם	כתובת	המעביד / משלם המשכורת <sup>(1)</sup>		סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית (לפי הלושים)	המס שנוכה
		מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים			
			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 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

- "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.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- 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".
- 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.
- שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה יזכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז יזכה מס לפי לוח הניכויים.
- קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה יזכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - יזכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- 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.
- 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"ש.
- הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, נרוש, אלמן, פרוז (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- הורה יחיד - 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.
- ישוב מזכה - ישוב שהעלו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.

## הליך בירור ויישוב תביעות בחברת מגדל, מגדל מקפת ויוזמה

### כללי

- הליך בירור ויישוב תביעות מתבצע בהתאם לכללים שנקבעו ע"י המפקח על הביטוח.
- מגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן: מגדל), מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופ"ג בע"מ (להלן: מגדל מקפת) ויוזמה קרן פנסיה לעצמאים (להלן: יוזמה) משקיעות משאבים ומאמצים מרובים על מנת להבטיח בירור מהיר, מקצועי והוגן של התביעות.
- על מנת להקל עליך בטיפול בתביעתך מובהרים להלן מספר דגשים על אופן ביצוע תהליך ניהול התביעה.

### אופן הגשת התביעה

1. תובע הסבור כי נגרם לו נזק המכוסה במסגרת פוליסה שנרכשה במגדל, או זכאי לזכויותיו במגדל מקפת או ביוזמה, מתבקש להודיע על כך באופן מיידי לחברה או לסוכן המייצג אותו, ולשלוח טופס הודעה על תביעה באמצעות:

1.1. דואר ישראל לכבוד:

מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106.

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ / יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ ת.ד. 3778 קרית אריה פתח תקווה 4951106.

1.2. אתר האינטרנט של החברה תחת הקישור: <https://www.migdal.co.il>

2. הליך בירור התביעה דורש סיוע ושיתוף פעולה מצד התובע במסירת מסמכים ומידע הנחוצים להשלמת הטיפול בה. טפסים רלוונטיים לכל סוג של תביעה עם הנחיות ביחס לאופן מילוי הפרטים והדרכים להגשתה, וכן בירור במקרה של ספק ביחס לסוג התביעה ולטופס בו יש לעשות שימוש, ניתן לקבל:

2.1. באתר האינטרנט של מגדל / מגדל מקפת / יוזמה כמפורט בס"ק 1.2 לעיל.

2.2. בפניה בטלפון 03-9201010 או בכתב, לכתובת הרשומה לעיל סעיף 1.1.

### המסמכים הנדרשים לבירור התביעה

3. בסמוך למועד קבלת התביעה, ישלח לתובע אישור על כך שהתביעה התקבלה, פירוט המסמכים הנדרשים לצורך בירור התביעה והנחיות ביחס לאופן הפעולה הנדרש מהתובע.

4. במהלך בירור התביעה יכול ותבוצע פנייה לתובע לצורך קבלת מידע ומסמכים נוספים היה ויסתבר שדרושים לשם השלמת בירור התביעה ואפשר שגם החברה תפעל לאיתור מידע נוסף לרבות מצדדים שלישיים.

5. הודעה על המסמכים ואישור על כך שהתקבלו בחברה ומסמכים ו/או מידע שהתבקשו וטרם נתקבלו, תימסר לתובע בסמוך לקבלת המסמכים והמידע כאמור.

6. כל עיכוב במסירת מידע או מסמכים שהתבקשו ומצויים בידי התובע עלול לגרום לעיכוב בבירור התביעה.

### שימוש בשירותי מומחה

7. לשם בירור התביעה יתכן והחברה תיעזר בשירותיו של מומחה לצורך בחינת חבותה ו/או לצורך הערכת הנזק, מומחה כאמור יכול וייפגש עם התובע ויכול שלא. כמו כן, במקום בו היא מוצאת לנכון, יכולה החברה להפעיל חקירה סמויה לצורך בירור התביעה. לעניין זה "מומחה" - בעל מומחיות בבירור חבות ו/או הערכת נזק כגון: שמאי, מומחה רפואי, מהנדס, חוקר, רואה חשבון וכדומה.

8. החברה מבקשת להדגיש כי מומחה כאמור פועל מטעמה ועל חשבונה של החברה בלבד. התובע, ככל שהוא מוצא לנכון, זכאי על חשבונה להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה.

### **שימוש במאגר היסטוריית תאונות של כלי רכב:**

9. לשם בירור התביעה יתכן והחברה תפנה בשאלתה לקבלת נתונים על כלי הרכב מ"מאגר היסטוריית תאונות של כלי רכב" המופעל ע"י איגוד חברות הביטוח.

10. הנתונים שיתקבלו מהמאגר יתייחסו למבטחיו הקודמים של הרכב, סוגי הביטוח ופרוט התביעות ב- 7 השנים שקדמו לתאריך האירוע.

11. עלות השאלתה תחול על חברת הביטוח.

### **עדכון על מהלך התביעה**

12. במהלך בירור התביעה יישלחו לתובע אחת ל- 90 יום או 180 יום, לגבי תביעות לפי פקודת רכב מנועי התש"ל 1970 (תביעות חובה), הודעות המשך בירור ובמסגרתן יובהרו הסיבות שבעטין טרם ניתנה הכרעה בתביעה ופירוט, ככל שיהיה צורך, אודות מסמכים או מידע שהתבקשו מהתובע וטרם נמסרו.

13. החברה תחדל ממשלוח הודעות כאמור בהתקיים אחת מהסיבות הבאות:

13.1. עם השלמת בירור התביעה;

13.2. אם שתי הודעות המשך בירור שכללו דרישה של החברה למסירת מידע ו/או מסמכים נוספים לא נענו;

13.3. אם התובע הגיש תביעה נגד מגדל ו/או מגדל מקפת ו/או יוזמה לערכאות משפטיות.

### **השלמת בירור התביעה**

14. על החברה להשלים את הבירור בתביעה תוך 30 יום מיום שיהיו בידיה כל המסמכים והמידע הדרושים לה לצורך בירור התביעה.

15. השלמת בירור התביעה משמעה סיום הטיפול בתביעה באחת מן הדרכים הבאות:

15.1. קבלת מלוא התביעה.

15.2. קבלה חלקית של התביעה.

15.3. דחייה של התביעה במלואה.

15.4. חתימת הסכם פשרה עם התובע.

16. הודעה על קבלת תביעה במלואה או בחלקה תימסר לתובע בכתב ותכלול פירוט ביחס לגובה הנזק ואופן חישובו.

17. הודעה על דחיית תביעה במלואה או קבלה חלקית של תביעה תימסר לתובע בכתב ותכלול פירוט הנימוקים בגינם נדחתה התביעה כולה או חלקה.

18. במקרה והתובע יגיע לפשרה עם נציגי החברה, תשלח אליו הודעת פשרה בכתב בה יפורטו עיקרי הפשרה ותינתן לו שהות מספקת לעיין בה. הפשרה תיכנס לתוקף רק לאחר חתימת התובע על הסכם הפשרה.

19. במקרה שהתקבלה תביעה לתשלומים עיתיים (למשל, פיצוי חודשי בגין אובדן כושר עבודה או פנסיה נכות), רשאית החברה לבחון מעת לעת מחדש את זכאותו של התובע בהמשך תשלומים אלה והכל על פי כללים המוצגים באתר האינטרנט של מגדל ומגדל מקפת תחת הקישור כמפורט בס"ק 1.2.

## ענפי ביטוח עליהם חל הליך ביטוח זה

20. הליך יישוב ובירור התביעה המפורט לעיל מוגבל לתביעות שיוגשו מכח פוליסות שנמכרו על ידי מגדל באחד מענפי הביטוח הבאים: ביטוח חיים - לגבי סיכוני אובדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד; ביטוח מפני תאונות אישיות; ביטוח מפני מחלות ואשפוז, למעט ביטוח שיניים ולמעט ביטוח בריאות לעובדים ושוהים זרים בישראל; ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי (ביטוח חובה) ביטוח רכב מנועי - רכוש (עצמי וצד שלישי); ביטוח מקיף לדירות; ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחו"ל וכן לתוכנית פנסית נכות ופנסית שארים הנמכרת ע"י מגדל מקפת.

## אי הסכמה להחלטת החברה בנוגע לתביעה

21. תובע הרואה עצמו מקופח מהחלטת החברה לעניין התביעה רשאי להמשיך ולפעול באחת מהדרכים הבאות:

21.1 להשיג על ההחלטה בפני הממונה על פניות הציבור במגדל ומגדל מקפת;

21.2 להשיג על ההחלטה בפני הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר;

21.3 לפנות לערכאה משפטית.

21.4 במקרה של השגה על החלטה/ות בסוגיות רפואיות בקרן פנסיה - מקפת יש להעביר לועדה רפואית ולועדה רפואית לערעורים. יוזמה - להעביר החלטה לבוררות.



## בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור – מערכת כללים יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ (להלן: "החברה" או "יוזמה")

### 1. מערכת הכללים

- 1.1. החברה - יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ;
- 1.2. הקרן / קרן הפנסיה - "קרן ותיקה" - קופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח, שאושרה לראשונה לפני יום כ"ט בטבת התשנ"ה (1 בינואר 1995), המנוהלת על ידי החברה על פי תקנותיה;
- 1.3. התקנות - תקנות הקרן כפי שהן מעת לעת;
- 1.4. תביעה - דרישה מהקרן למימוש זכויות לפי תנאי התקנות או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור, לסיכוי נכות ומוות בלבד, שתוגש בכתב, באמצעות טופס תביעה, ככל שנדרש לפי סוג התביעה;
- 1.5. תובע - מי שהציג דרישה לחברה למימוש זכויות לסיכוי נכות ומוות לפי התקנות, למעט גוף מוסדי.

### 2. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- 2.1. משנמסרה תביעה לקרן, תפעל החברה לביצוע כל הדרוש לצורך בירור התביעה.
- 2.2. פנה אדם בקשר להגשת תביעה, תמסור לו החברה בהקדם האפשרי, את המפורט להלן, בהתאם לסוג התביעה:
  - 2.2.1. מערכת הכללים של החברה לבירור וליישוב תביעות;
  - 2.2.2. מסמך ובו פירוט הליך בירור ויישוב התביעה, לרבות הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע ופירוט המידע והמסמכים הנדרשים ממנו לשם בירור ויישוב תביעה;
  - 2.2.3. טופס הגשת תביעה, ככל שישנו, והנחיות לגבי מילוי;
  - 2.2.4. הודעה על תקופת ההתיישנות.
- 2.3. המפורט בסעיף 2.2 יפורסם באתר האינטרנט של החברה.
- 2.4. על אף האמור בסעיף 2.2, היה ונשלחה לפונה הודעת תשלום בגין תביעתו, תהיה החברה פטורה ממשלוח המפורט בסעיפים 2.2.2 עד 2.2.4 לעיל.
- 2.5. על אף האמור בסעיף 2.2, הוריד הפונה את המפורט בסעיף 2.2 מאתר האינטרנט של החברה, תהיה פטורה החברה ממשלוח המפורט בסעיף 2.2.
- 2.6. החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה, הודעה בכתב ובה יצוין המסמך שנתקבל, מועד קבלתו, ויפורטו בה המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע. החברה רשאית לשלוח הודעה כאמור במסגרת הודעת המשך בירור כפי שיפורט בסעיף 6 להלן.
- 2.7. ככל שנדרשים לחברה מידע ומסמכים נוספים מהתובע לצורך בירור תביעה, תדרוש החברה מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לה הצורך בהם.
- 2.8. תובע לא יידרש להמציא מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.

### 3. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

- החברה תמסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהיום שהיו בידיה כל המידע והמסמכים שדרשה מהתובע לשם בירור התביעה או עם תשלום התביעה, את אחת מההודעות שלהלן, בהתאם לנסיבות העניין:
- 3.1. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור, כמפורט בסעיף 6 להלן.
  - 3.2. הודעת תשלום או תשלום חלקי, כמפורט בסעיף 4 להלן.
  - 3.3. הודעת דחיה כמפורט בסעיף 5 להלן.





#### 4. הודעת תשלום פנסיה או תשלום פנסיה חלקי

החליטה החברה על תשלום תביעה - תמסור לתובע הודעת תשלום פנסיה או תשלום פנסיה חלקי בכתב שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלבנטיים:

- 4.1 סוג הפנסיה המשולמת;
- 4.2 המועד שבו היו בידי החברה כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.
- 4.3 שיעור הנכות;
- 4.4 המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום;
- 4.5 משך התקופה שבשלה זכאי התובע לתשלומים;
- 4.6 משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות והכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;
- 4.7 סכום תשלום הפנסיה הראשון;
- 4.8 פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב;
- 4.9 פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהקרן בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי התקנות או הדין קוזזו מהתשלום;
- 4.10 פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברה / לקרן מאת התובע;
- 4.11 מנגנון עדכון התשלומים, סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה;
- 4.12 הפניה לתלוש שכר (פנסיה) שיכלול בין היתר גם פירוט בדבר קיזוז מקדמות, אם שולמו כאלה והסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;
- 4.13 במקרה שבו החליטה החברה על תשלום חלק מתביעת הפנסיה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי שיעור נכות / תקופת נכות / סכומי פנסיה (נכות או שאירים) שנדרשו- תכלול ההודעה לתובע פירוט בדבר מרכיביו של התשלום שבו הכירה החברה והנימוקים העומדים בבסיס החלטת החברה לדחות חלק מהתביעה.

#### 5. הודעת דחייה

החליטה החברה על דחיית תביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב ובה נימוקי הדחייה, לרבות פירוט של תנאי התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד שינוי הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחת התביעה.

#### 6. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

- 6.1 ככל שדרוש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגין נדרש לה זמן נוסף לבירור התביעה.
- 6.2 החברה תציין בהודעת המשך בירור כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם בירור התביעה.
- 6.3 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 התקנות נקבע מועד עתידי לבדיקת זכאות (לראשונה / חוזרת / תקופתית), לא תשלח החברה הודעות המשך בירור נוספות עד למועד האמור, למעט הודעת המשך בירור לאחר שנה.
- 6.4 החברה לא תשלח 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 ציינה החברה כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.



## 7. הודעה בדבר התיישנות תביעה

- 7.1. הודעת תשלום, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה - תכלול פסקה אשר בה תצוין תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן - פסקת התיישנות).
- 7.2. 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.
- 7.3. ככל שלא נכללה פסקת התיישנות בהודעה שלפי סעיף 7.1 לעיל, שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראו את החברה כמסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת החברה בסעיף זה - 7.3, תחול רק לגבי ההודעה הראשונה שבה לא נכללה פסקת ההתיישנות.
- 7.4. ככל שהחברה שלחה לתובע הודעה שלפי סעיף 7.1 לעיל, בשנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות ולא נכללה בה פסקת התיישנות, יראו את החברה כמסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין המועד שבו שלחה החברה הודעה שבה נכללה פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת החברה בסעיף זה - 7.4, תחול רק לגבי ההודעה הראשונה שבה לא נכללה פסקת ההתיישנות.

## 8. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

- הודעת תשלום או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:
- 8.1. להשיג על החלטה והדרך להגשת השגה על החלטה, לרבות זכותו להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו בכפוף להליכי הערעור הקבועים בתקנות.
- 8.2. להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור של החברה, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
- 8.3. להשיג על החלטת החברה בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

## 9. בדיקה מחדשת של זכאות

- 9.1. החברה רשאית מעת לעת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עייתיים בהתאם לתקנות.
- 9.2. הקרן לא תקטין ולא תפסיק תשלומי פנסיית נכות בעקבות בדיקה מחדשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בתקנון ולאחר שהודיעה לתובע כי בכוונתה להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן - הודעת שינוי). לא נקבעו כללים כאמור, תמסור החברה לתובע הודעת שינוי לפחות שלוש 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 9.1 הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של החברה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
- 9.3. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת החברה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העייתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים.
- 9.4. בבדיקה מחדשת של זכאות לפי סעיף 9.1, התובע לא ישא בעלויות בדיקה רפואית של רופא מטעם הקרן, אולם ככל שהתובע יבקש לערער על החלטת הרופא מטעם הקרן יחול מנגנון בוררות הקבוע בתקנות הקרן לרבות לענין נשיאה בהוצאות הבוררות בהתאם לקביעת הבוררים.



## 10. בירור תביעה בעזרת מומחה

- 10.1. ככל שהחברה נעזרה במומחה לבדיקת תביעתו של התובע, בין אם בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תודיע על כך לתובע מראש, תסביר לתובע את תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה ותודיע לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה.
- 10.2. הוראות סעיף 10.1 לא יחולו על רופא מטען הקרן ו/או בוררות כהגדרתם בתקנות הקרן ולא יחולו על חוקר במסגרת חקירה סמויה.
- 10.3. הודעה לפי סעיף 10.1 יכול שתימסר במסגרת המסמך האמור בסעיף 2.2.2.
- 10.4. חוות דעת של מומחה שעליה מסתמכת החברה 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.
- 10.5. חוות דעת של מומחה, לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תשלומי פנסיה או לדחיה.
- 10.6. נסמכה החברה על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תמסור החברה את חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית לפי סעיף 3 או לפי סעיף 9. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע לחברה או למומחה מטעמו לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו.
- 10.7. הייתה חוות הדעת של המומחה חסויה על פי דין, ימסור הגוף המוסדי הודעה בכתב לתובע שבה יסביר מדוע הוא סבור כי חוות הדעת חסויה.
- 10.8. היוועצות פנימית שלא עולה כדי חוות דעת, תתועד בתיק התביעה.
- 10.9. לעניין סעיף זה, "מומחה" - בין אם הוא עובד של החברה ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון מומחה רפואי, אך כאמור, למעט יועץ משפטי ולמעט רופא מטעם הקרן ו/או בוררות בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

## 11. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

- החברה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בחברה, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

## 12. מתן העתקים

- 12.1. החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן מהתקנון, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
- 12.2. החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר מסר התובע לחברה, או מכל מסמך אשר התקבל אצל החברה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

## 13. שונות

למען הסר ספק, מובהר בזאת כי -

- 13.1. ההוראות שבמערכת כללים זו מוסיפות על הוראות כל דין, לרבות ההוראות הקבועות בחוזרים אחרים של הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון, ואין בהן כדי לגרוע מהוראות כל דין כאמור.
- 13.2. מערכת הכללים תחול ביחס לתביעה שהוגשה לאחר ה- 1 לינואר 2011.
- 13.3. הוראות סעיף 4 יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט בהתאם לנסיבות העניין, בשינויים המחויבים.
- 13.4. הוראות סעיפים 2, 3, 6, 7 ו- 8 לא יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט.
- 13.5. תביעה תתברר לפי מערכת הכללים אשר תהיה תקפה במועד שבו הוגשה התביעה.



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

סעיף במערכת הכללים	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר	המועד או התקופה לתביעה לכיסוי נכות או פטירה
2.7.	דרישה למידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
3.	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימי עסקים	30 ימי עסקים
6.3.	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים	כל 90 ימים
9.2.	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים	30-60 ימים
11.	מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימי עסקים	30 ימי עסקים
12.1.	מסירת העתקים מתקנון הקרן	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
12.2.	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים