

מספר זהות	שם העמית

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



דף הנחיות לטופס 767 הגשת בקשה - בדיקת זכאות לחידוש תשלומי פנסיית נכות (אובדן כושר עבודה)

עמית נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בבקשתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן.

1. טופס "בדיקת זכאות לחידוש תשלומי פנסיית נכות"
2. אישורים על חופשת מחלה מרופא מומחה מטפל עבור תקופה רצופה.
3. סיכומי מחלה המעידים על מצבך הרפואי והתפקודי, מסמכי אשפוז הרלוונטיים לבקשתך.

ניתן להעביר את טופס הבקשה והמסמכים הרלוונטיים למייל: makefetclaim@migdal.co.il / פקס מס' 076-8869264 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות פנסיה.

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס הבקשה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בכפוף לתנאי התכנית ותקנון קרן הפנסיה. במידה וידרשו מסמכים נוספים תישלח לך הודעה בכתב.

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות העמית לתשלום כלשהו.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה
בברכה,
תביעות פנסיה

(11.2015)

יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201010

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



0174576701021115

עמוד מספר 1 מתוך 2 דפים

קוד מסמך 745 | לשימוש פנימי - סמן X: חב 1 חב 7

