

שם	מספר זהות
מספר תוכנית	

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

## 467 הנחיות לטופס

### בקשה לתשלום קצבת נכות

#### עמית נכבד,

לצורך הגשת בקשה לקבלת קצבת נכות נא למלא את הטפסים המצורפים הבאים וכן לצרף את המסמכים הנוספים המפורטים. העברת מלוא הטפסים ומסמכים מלאים וברורים תסייע לנו לטפל בבקשתך בצורה יעילה ומהירה. ראו גם הנחיות והסברים נוספים בהמשך דפי ההסבר.

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

1. טופס הגשת בקשה לתשלום קצבת נכות:

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

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

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

- דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה

- פקס

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

במקרה של **שמירת הריון** יש למלא את הסעיף המתאים בטופס.

**נספח א' לטופס** - נועד למילוי על ידי העמית, יש למלא את הפרטים והשאלון ביחס לנכות.

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

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

- אם סכום הקצבה החודשית הצפויה הינו עד 15,000 ₪, יש להמציא תצלום המחאה או אישור לניהול חשבון בנק, בהם מופיעים פרטי חשבון הבנק ופרטי שם מלא של בעל החשבון.

- אם סכום הקצבה החודשית הצפויה הינו מעל 15,000 ₪, יש להמציא תצלום המחאה **בצירוף** אישור לניהול חשבון בנק, בהם מופיעים פרטי חשבון הבנק ופרטי שם מלא של בעל החשבון.

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

4. טופס הודעת מעסיק על היעדרות עובד עקב תאונה/מחלה - אישור המעסיק על תאריך הפסקת העבודה ועל היקף המשרה.

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

- 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 ח' לטופס.

- 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.**

6. לאישה נשואה שהינה עקרת בית - יש למלא טופס 619 של המוסד לביטוח לאומי "פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה לאשה נשואה".

## כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | Whatsapp 054-9201028 | מוקד טלפוני 9201010-03

כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ. ת"ד 3778 קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951106



076234670105010623

עמוד 1 מתוך 12

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ  
קוד מסמך: 623 | לשימוש פנימי - X: חב 1 חב 7

שם	מספר זהות
מספר תוכנית	

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

## 467 הנחיות לטופס בקשה לתשלום קצבת נכות - המשך

### 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 הנכות, 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 למועד הנכות, וכן אישור רואה חשבון על הכנסותיך לאחר מועד הנכות, ככל שקיימות הכנסות כאמור.
  - 5. במקרה של זכאות לקבלת תשלום ממקור אחר כפי שפורט לעיל (תאונת עבודה, פעולות איבה/מלחמה, שוטרים וסוהרים) - יש לצרף:
    - מסמכים שהוגשו למוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון.
    - אישורים על תשלומי גמלה או תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון.

### אופן הגשת התביעה:

באפשרותך להגיש בקשתך לאישור קצבת נכות באמצעות שירות "הגשת תביעה online" באתר החברה בכתובת [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il) או דרך אפליקציית מגדל בנייד.  
שירות "הגשת תביעה Online" מאפשר לך להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסטטוס הטיפול בתביעה בכל זמן ובכל מקום.

השלמת מסמכים חסרים ניתן לשלוח גם באמצעות SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו: **055-7000113**.  
למידע נוסף ניתן לפנות למוקד התביעות בטלפון 03-9201010 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.

**ניתן גם להגיש את טופס התביעה 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 תידרשנה הבהרות או השלמות כלשהן, לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לבקש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים לפי הצורך.

## כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | Whatsapp 054-9201028 | מוקד טלפוני 03-9201010

כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ. ת"ד 3778 קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951106



076234670205010623

שם	מספר זהות
מספר תוכנית	

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

## 467 הנחיות לטופס

### בקשה לתשלום קצבת נכות - המשך

להלן הנחיות והסבר נוסף, על הליך הגשת בקשה לקבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה. הסבר מפורט בנושא זה ניתן למצוא גם באתר החברה בדף המרכז לתקנון מגדל מקפת בחלק מידע והכוונה להגשת בקשה לקצבת נכות.

#### מי זכאי לקצבת נכות מהקרן?

• עמית מבוטח בקרן שלפחות 25% מכושרו 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 קלנדריים רצופים. קביעת הנכות תהיה בהתאם להחלטת הגורם הרפואי הרלוונטי ובכפוף להוראות תקנון קרן הפנסיה.

#### • זכאות לקצבה ממקור אחר

במקרה בו הנכות נגרמה כתוצאה מאירוע המזכה בגמלה ממקור אחר, יש להעביר אישורי תשלום הקצבה מהמקור האחר. קצבה ממקור אחר הינה קצבה המשתלמת לעמית לפי אחד מהבאים: פגיעה מעבודה לפי פרק ה' (תאונות עבודה) בחוק הביטוח הלאומי - התשנ"ה 1995, חוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט 1959, חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה תש"ל 1970, חוק המשטרה (נכים ונספים) תשמ"א 1981 או חוק שירות בתי הסוהר (נכים ונספים) התשמ"א 1981.

#### • שמירת הריון

נכות במקרה של שמירת הריון לתקופה העולה על 90 ימים, יכולה לזכות בקצבת נכות מקרן הפנסיה. במקרה זה, זכאית העמיתה לקבל קצבת נכות מהקרן וכן שיחרור מתשלום דמי גמולים לקרן (לפי סכום ההפקדות ששולמו קודם על ידי העובדת ומעסיקה) בתקופת הנכות, או לוותר על תשלום קצבת הנכות מהקרן ולהיות זכאית לשיחרור בלבד.

לתשומת ליבך, במקרה של קבלת גמלה לשמירת הריון מהמוסד לביטוח לאומי וגם קבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה, רשאית המוסד לביטוח לאומי לבטל לחלוטין את גמלת שמירת ההריון או להקטינה.

#### • תוספת לקצבה עבור נכות סיעודית

לתשומת ליבך, מבוטח הזכאי לקצבת נכות מלאה, אשר הפך לנכה סיעודי לפני הגיעו לגיל תום תקופת הביטוח (גיל פרישה), יהיה זכאי לתוספת לקצבת הנכות, בהתאם לתנאי התקנון. לצורך בחינת זכאותך לקבלת תוספת סיעודית, נבקשך להגיש מסמך הערכה תפקודית ככל שקיים ברשותך ו/או מסמכים רפואיים המעידים על אובדן היכולת לבצע את פעולות היום יום (לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות באופן עצמאי או תשישות נפש).

#### • התיישנות

חשוב להגיש את הבקשה לקבלת קצבת נכות בהקדם האפשרי ובסמוך למועד הנכות. הבקשה לקבלת קצבת נכות יכולה להיות מוגשת בתוך 3 שנים בלבד ממועד אירוע הנכות (לאירוע נכות שאירע לפני 06/2018 תקופת ההתיישנות תהא 7 שנים).

• 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 כל 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.

בברכת בריאות ורפואה שלמה,  
תביעות פנסיה

## כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | 054-9201028 Whatsapp | מוקד טלפוני 03-9201010

כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ. ת"ד 3778 קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951106



076234670305010623

עמוד 3 מתוך 12

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ  
קוד מסמך: 623 | לשימוש פנימי - X: חב 1 חב 7

שם	מספר זהות
מספר תוכנית	

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

## הגשת בקשה - תשלום קצבת נכות

טופס מספר **467**

א. פרטי העמית המבקש						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	עיסוק	תאריך לידה	מצב משפחתי	מין
כתובת מגורים (רחוב)		יישוב	מס' בית	מס' דירה	מיקוד	ת.ד.
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון	מספר טלפון נייד		מספר פקס	
שמות הרופאים המטפלים / טיפולו שלא באמצעות קופת החולים			שם קופת חולים			
			<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת			

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שצינת לעיל	
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> 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 תכנית הפנסיה שיש לי במגדל 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 שגישמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.
1. למבקשים לעדכן את פרטי ההתקשרות המופיעים בסעיף א' בכל מערכות החברה <input type="checkbox"/> יש לסמן ולצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח ידוע לי והנני מאשר כי הפרטים שיעדכנו ישמשו את ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) לצורך יצירת קשר עימי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל ו/או קרנות הפנסיה הרשומים על שמי בחברה.	2. אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה <input type="checkbox"/> יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____ הריני מאשר בזאת למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח בתוכנית הפנסיה את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שזודע למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי 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 _____ ושם משפחה _____	שם פרטי _____ ומספר _____
תעודת זהות _____	חתימת העמית* _____

ג. חשוב !! שמירת זכאות לקצבת נכות ושאיירים מלאה גם במקרה של נכות חלקית:	
לתשומת לבך! במקרה שמאשררת נכות חלקית, הכיסוי הביטוחי (קצבת הנכות והמשך זקיפת ההפקדות (שיחרור) לחשבונך בקרן הפנסיה) יהיה לפי שיעור הנכות שאושר בלבד ולכן לצורך שמירה על הכיסוי המלא למקרה של החמרה בנכות או למקרה של פטירה, יש להמשיך ולשלם את עלות הכיסוי הביטוחי (ריסק) גם על החלק שמעבר לחלקיות הנכות שאושרה. אם לא ישמר הכיסוי הביטוחי במקרה של נכות חלקית, ותחול החמרה והגדלה של שיעור הנכות, לא תהיה זכאות להגדלת קצבת הנכות לנכות מלאה או לשיעור נכות גבוה יותר. כמו כן, במקרה של פטירה, הקצבה לשאיירים תחושב באופן חלקי בלבד וזאת בהתאם לשיעור הנכות שאושר ולא בהתאם לשכר המלא שהיה לפני הנכות. במקרה בו בתקופת הנכות החלקית ימשכו ההפקדות השוטפות בגינך (באמצעות מעסיקך או באופן אחר), לא יבוצע ניכוי ריסק כפול ועלות הריסק תנוכה רק פעם אחת.	<input type="checkbox"/> אם תאשר לי נכות חלקית, אני מבקש/ת להמשיך ולשמור על הכיסוי הביטוחי המלא באמצעות ניכוי עלות הכיסוי הביטוחי (ריסק) מיתרת החיסכון הצבורה על שמי וזאת לתקופה המירבית האפשרית ולא יותר מ- 24 חודשים. (ברירת מחדל)
<input type="checkbox"/> אם תאשר לי נכות חלקית אני מבקש/ת לא לשלם את עלויות הכיסוי הביטוחי (ריסקים) עבור יתרת הכיסוי הביטוחי ובכך להביא לביטול יתרת הכיסוי הביטוחי. ידוע לי כי ככל שתיבחר אפשרות זו, ותחול הגדלה של הנכות לא תהיה זכאות לקצבה גדולה יותר, ובמקרה פטירה הקצבה לשאיירים תחושב באופן חלקי בלבד. כמו כן, באפשרות זו, אם תחול הגדלה של הנכות לא תהיה זכאות לקצבה גדולה יותר, ובמקרה פטירה הקצבה לשאיירים תחושב באופן חלקי בלבד.	<input type="checkbox"/> אם לא תסומן אף אחת מהאפשרויות לעיל, תחול האפשרות הראשונה לעיל - ועלות הביטוח עבור הכיסוי הביטוחי (ריסק) שמעבר לחלקיות הנכות שאושרה, ישולמו בדרך של ניכוי מיתרת החיסכון הצבורה בתוכנית על שמך, וזאת לתקופה המירבית האפשרית ולא יותר מ- 24 חודשים. לאחר תום 24 חודשים ככל שלא יחול שינוי באפשרותך למסור לחברה הוראת קבע לתשלום מלא עבור החלק שמעבר לחלקיות הנכות שאושרה.
בחירתי לעיל, הינה לאחר שקראתי את ההשלכות המפורטות לעיל והבנתי את משמעותן.	תאריך _____
חתימת העמית* _____	חתימת _____

שם	מספר זהות
מספר תוכנית	

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

#### ד. הצהרות העמית

1. 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 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.
2. 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.
3. ידוע לי כי לאחר התחלת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי.
4. אני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות פרטים, שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
5. 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 הקצבה 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.
6. 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.
7. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום קצבה 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.
8. אני מתחייב בזאת להודיע למגדל מקפת מיידית על כל שיפור שיחול במצב בריאותי אשר יאפשר חזרתי לעבודה מלאה או חלקית באופן השונה מהמצב הרפואי על-פיו אושרה לי הקצבה.
9. 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" מדיי תקופה, בהתאם לבקשת הקרן.

חתימת  
העמית ★

תאריך



שם	מספר זהות
מספר תכנית	

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

## נספח א' - למילוי בידי העמית

אני מבקש בזאת, בכפוף לתקנון הקרן וליתרת הזכאות הרשומה על שמי, לקבל קצבת 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 קצבת הנכות

נסיבות הבקשה:

- מחלה  תאונה
- שמירת הריון  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? \_\_\_\_\_
  - האם איבדת את יכולתך לבצע פעולה מפעולות היום יום?  לא  כן (במידה והתשובה היא כן, נא סמן את הפעולות המתאימות):  
 לקום ולשכב  להתלבש ולהתפשט  להתרחץ  לאכול ולשתות  לשלוט על הסוגרים  נייודות באופן עצמאי  תשישות נפש  
כמו כן, נא ציין מתי איבדת את יכולתך לבצע פעולה/ות אלו \_\_\_\_\_ .
  - מסור פרטים מדויקים על עיסוקך ותפקידך בעבודתך ערב קרות אירוע הנכות:  
6.1 עיסוקך ותפקידך \_\_\_\_\_  
6.2 מספר שנים בהן היית בעיסוקך / תפקידך הנ"ל \_\_\_\_\_  
6.3 האם שינית מקצוע או משלח-יד מאז הצטרפת לקרן הפנסיה, אם כן, נא מסור פרטים על השינוי \_\_\_\_\_  
6.4 האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרות אירוע הנכות ואם כן מתי? \_\_\_\_\_  
6.5 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★

### קצבת נכות כתוצאה משמירת הריון

אני מצהירה כי בקשתי זו הינה בגין אובדן כושר עבודה שנגרם כתוצאה משמירת הריון. ככל שתאושר בקשתי אבקש (יש לבחור אחת מהאפשרויות הבאות):

שהקרן תשלם לי קצבת נכות כולל זקיפת דמי גמולים\* עבור תקופת הנכות ובהתאם לחלקיותה. ידוע לי כי במקרה שתהיה לי זכאות לתשלום גמלת שמירת הריון מהמוסד לביטוח לאומי עבור שמירת הריון, רשאי המוסד לביטוח לאומי לבטל לחלוטין את גמלת שמירת הריון או להקטינה.

שהקרן לא תשלם לי קצבת נכות ותבוצע זקיפת דמי גמולים בלבד\* עבור תקופת הנכות ובהתאם לחלקיותה.

\*זקיפת דמי גמולים ("שחרור") - ביצוע הפקדות לקרן הפנסיה ע"י הקרן לצורך שמירה על הזכויות בקרן.

בחירתך זו הינה סופית ומחייבת ולא תהיה לי טענה כלפי קרן הפנסיה או מי מטעמה בעניין זה ואני מתחייבת לשפות ולפצות את קרן הפנסיה ככל שתועלה טענה כלפיה בעניין זה.

תאריך	חתימת העמית★



071060000101190722

עמוד 6 מתוך 12

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ  
קוד מסמך: 106 | לשימוש פנימי - X:  חב  1 חב  7



מספר זהות	שם העמית
תאריך	מספר תכנית/ות
25/07/2023	
מספר תביעה	

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

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	יישוב	מיקוד	מספר פקס
				דואר אלקטרוני

### ב. פרטי העמית

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

### ג. פרטים על מצבו הבריאותי של העמית

1. נא פרט מה 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1442

--

חתימת  
הרופא  
המטפל \*

--

תאריך



0712020000101010423

עמוד 7 מתוך 12

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1202

(מהדורה 04.2023)



שם	מספר זהות
מספר טלפון נייד	מספר תכנית

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

## הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי קצבה

לכבוד

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

### פרטי חשבון הבנק לתשלום הקצבה

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 קצבה חודשית, אשר נזקפת / תיזקף על-ידיכם, 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 לקצבה 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 תקנונה, 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 המחאה מקורית 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

(מהדורה 02.2021)





מספר רשיון	שם הסוכן
מספר תכנית	שם המפקח

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

## 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"ב	מס"ד	מס"ה	1	2	3	4
מספר טלפון	מיקוד	יישוב	מס" דירה	מס" בית	רחוב			

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 קרנות פנסיה 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 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 כלשהוא 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 מוסד

#### שמות נותני השירותים

רופאים	1	2	3	4
מכונים ומעבדות	1	2	3	4

#### שם קופ"ח קודמת

--

### ב. חתימת אפוסטרופוס - במקרה של קטין

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

### 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 ★





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% / עיוור/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 יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
3	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	אני עולה חדש/ה מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. <b>חובה לצרף:</b> 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 הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת <b>עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.</b>
6	<input type="checkbox"/>	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	<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 <sup>(12)</sup> . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 12 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 13 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .
8	<input type="checkbox"/>	בגין ילדיי. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד <sup>(12)</sup> . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 12 שנים בשנת המס _____ .
9	<input type="checkbox"/>	אני הורה יחיד <sup>(12)</sup> 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 מעסיק 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 <sup>(1)</sup> כמפורט להלן:																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">המס שנוכה</th> <th rowspan="2">הכנסה חודשית</th> <th rowspan="2">סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)</th> <th colspan="3">ה מע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup></th> </tr> <tr> <th>שם</th> <th>כ ת ו ב ת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( לפי ת ל ו ש י מ )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>			המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	ה מע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup>			שם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	( לפי ת ל ו ש י מ )					9						9						9
המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)				ה מע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup>																							
			שם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים																								
( לפי ת ל ו ש י מ )					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 שהשטחה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעסיק 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. "מעסיק" 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
- (3) משכורת בעד משרה נוספת
- (4) משכורת חלקית
- (5) שכר עבודה
- (6) קצבה
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי הפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי לוח הניכויים.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי הפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוז (עפ"י אישור משרד הרווחה) או הורה יחיד.
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 17 שנים ושהורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) יישוב מזכה - יישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.

