

טופס תביעה לקצבת נכות

נא לסמן את קרן הפנסיה	
<input type="checkbox"/>	אלטשולר שחם קרן פנסיה מקיפה (מ.ה. 1328)
<input type="checkbox"/>	אלטשולר שחם קרן פנסיה כללית (מ.ה. 1329)

פרטי העמית/ה					
מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מצב משפחתי	מין	תאריך לידה
_ _ _ _ _ _ _			ר / נ / ג / א	ז / נ	_ _ _ _ _ _ _
רחוב	מס' בית	מס' דירה	עיר	ת.ד.	מיקוד
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _
מס' טלפון	מס' נייד		כתובת דוא"ל		
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

פרטי התקשרות בחו"ל			
מקבל קצבה השווה מחוץ לישראל למשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, יימלא פרטים ליצירת קשר עמו בתקופת שהותו מחוץ לישראל.			
יישוב	רחוב	בית	כניסה
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _
מיקוד	מדינה	טלפון / טלפון נייד	
_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

פרטי בן הזוג				
מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה
_ _ _ _ _ _ _			ז / נ	_ _ _ _ _ _ _

פרטי חשבון בנק			
מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק	שם הבנק
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

קבלת עדכון בדבר סטאטוס הטיפול בתביעתי	
<input type="checkbox"/>	בדואר אלקטרוני @
<input type="checkbox"/>	דואר לכתובת מגוריי המצוינת לעיל

למילוי על ידי המעסיק:	
מזהיר כי החל מתאריך _____ / _____ / _____ העמית סיים את זכאותו לימי מחלה ולא קיבל שכר ו/או תלושי שכר.	
תאריך: _____ / _____ / _____	חתימה וחותמת המעסיק: _____

TN7002_200621

פרטי האירוע:		
מועד האירוע/פריצת מחלה	תביעה לנכות	האם מדובר במצב סיעודי
	<input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> מלאה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
הנכות הינה תוצאה של (יש לסמן את הרלוונטי)		
<input type="checkbox"/> פעולה איבה או מלחמה	<input type="checkbox"/> תאונת עבודה	<input type="checkbox"/> מחלה
<input type="checkbox"/> תאונה	<input type="checkbox"/> תאונת דרכים-עבודה	<input type="checkbox"/> מחלת מקצוע
<input type="checkbox"/> שירות בכוחות הביטחון ומשטרה (צה"ל, שב"ס וכו')	<input type="checkbox"/> שמירת היריון	
תיאור נסיבות האירוע:		

פרטי מקום עבודה ועיסוקים קודמים
שם מקום העבודה: _____
איש קשר ממחלקת שכר: (שם מלא): _____ (טלפון): _____
תפקיד בעת הפגיעה (אנא פרט תיאור קצר לגבי עיסוקך): _____
פרט תפקידים שמילאת במקומות עבודה קודמים: _____
מהי השכלתך? (מספר שנות לימוד, תואר אקדמי, קורסים מקצועיים וכו'): _____

זכאות לקצבה מ"מקור אחר"
באם הנך זכאי לתבוע קבלת קצבה מאחד הגורמים המפורטים להלן, יש לסמן:
<input type="checkbox"/> תאונת עבודה-ביטוח לאומי <input type="checkbox"/> נכי צה"ל-משרד הביטחון <input type="checkbox"/> משטרת ישראל <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע <input type="checkbox"/> פעולות איבה (מלחמה / טרור)-משרד הביטחון <input type="checkbox"/> שירות בתי הסוהר

ככל שסומן אחד הגורמים, נדרש לצרף את מסמך ההחלטה + פירוט התשלומים ששולמו לך. שים לב כי ככל שתקום לך בעתיד זכאות לקבלת קצבה לפי אחד או יותר מהגורמים המפורטים לעיל, חלה חובה להודיע על כך מיד לאחר הכרתך לחברה המנהלת וקצבת הנכות לה תהיה זכאי תחושב בהתאם לחוזר 2015-3-1 (להלן: "החוזר").

שמירת הריון
יש לפרט את הבעיה הרפואית שבגינה הינך נמצאת בשמירת הריון

איש קשר מטעמי לטיפול בתביעה זו		
שם פרטי	שם משפחה	מס' טלפון
_____	_____	_____
כתובת	כתובת דוא"ל	
_____	_____@	

כמו כן יש לצרף יפוי כוח של איש קשר זה.

כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו.

הצהרת העמית

- א. אני מבקש בזאת לאשר לי קבלת קצבת נכות. ידוע לי כי זכאותי לקבלת קצבה כאמור, לרבות שיטורה, ייקבעו בהתאם לקבוע בתקנון קרן הפנסיה במועד האירוע המזכה, ובהתאם למסמכים שיוגשו על ידי.
- ב. מצ"ב לתביעה זו כתב ויתור על סודיות רפואית החתום על ידי ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
- ג. ידוע לי כי עפ"י תקנון הקרן הנני רשאי לעבוד בעבודה משלימה כשכיר או כעצמאי והריני מתחייב לדווח לקרן על כל הכנסה מעבודה, מעסק או ממשלח יד. ככל שתהיה לי כזו. ידוע לי כי אם ההכנסה מעבודה, מעסק או ממשלח יד בצירוף קצבת הנכות שתשלום תהא גבוהה מההכנסה הכוללת הקבועה בתקנון הקרן, אז יופחת סכום הקצבה בהתאם.
- ד. הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחים הנם נכונים, מדוייקים ומלאים והנני אחראי לאמיתותם ואני מתחייב להודיע לקרן בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי הקרן תהא רשאית לבטל את זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו לה פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדוייקים ו/או ככל שלא נמסרו פרטים כלשהם שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.
- ה. ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ו/או אישורים ו/או פרטים נוספים כתנאי לתשלום או להמשיך תשלום קצבה ו/או תשלום אחר כמו כן, ידוע לי כי הקרן תהא רשאית להורות לי, בכל עת, על עריכת בדיקות רפואיות מכל סוג שהוא, וכן מבדקים ומבחנים פסיכולוגיים. וכן להעמידי לבדיקה במכון לאבחון כושר עבודה. ידוע לי כי סירובי לפעול על פי הוראות הקרן יכול שימש עלה לדחיית התיבה לקצבת נכות ו/או עילה להפסקת תשלום קצבת נכות, מטעם זה בלבד.
- ו. ידוע לי כי אם יתברר בעתיד כי בטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אז תהא הקרן רשאית לבצע תיקונים ו/או התאמות נדרשות וכן לקזז התשלום מתשלום הקצבה ו/או מכדי סכום שיעמוד לי ו/או לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות עפ"י כל דין, כמו כן, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, הנני מתחייב להחזיר לקרן כל סכום עודף ששולם לי, מיד עם דרישתה הראשונה של הקרן, ובתוספת כל הסכומים שהיו מצטברים על הסכום העודף לו היה מופקד בקרן, מיום תשלומי ועד ליום ההשבה בפועל לקרן.
- ז. 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 חובות התשלום אחרות בהתאם להוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ו/או המוטלים עליי ו/או על שאירי ואז מוטביי ו/או יורשיי בגין תשלום של הקרן להם. כמו כן, ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי ו/או לשאיירי ו/או למוטביי כי חוב שלי ו/או של המפורטים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו על ידי הקרן.
- ח. ככל שתאושר התיבה זו, בחלקה או במלואה, הנני מתחייב בזאת להודיע לקרן מיידית על כל שיפור שיחול במצב בריאותי אשר יאפשר חזרתי לעבודה מלאה או חלקית באופן שונה מהמצב הרפואי על פיו נבדקה ו/או אושרה לי קצבת הנכות מהקרן.
- ט. ידוע לי אין באמור בטופס זה ונספחיו כדי להחליף את האמור בתקנון הקרן ו/או בהסדר התחיקתי.
- י. ידוע לי כי איני עמית מבוטח בקרן פנסיה חדשה אחרת בגין אותנו שכן קובע.
- יא. ידוע לי כי במהלך תקופת קבלת הקצבה עליי ליידע את החברה בדבר יציאתי מחוץ לישראל לתקופה העולה על שישה חודשים, וכי עליי להמציא לחברה אחת לחצי שנה אישור חיים עדכני בנוסח הקבוע בהוראות הדין, מאומת ע"י עובד קונסוליה ישראלית או נוטריון מוסמך בהתאם להוראות הדין, או אישור חיים שהוגש למוסד לביטוח לאומי המלווה בהצגת הוכחה להמשך תשלום קצבה בעקבות האישור.
- יב. ידוע לי כי במהלך תקופת קבלת הקצבה, ככל שאשהה מחוץ לישראל למשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, עליי למסור לחברה פרטים ליצירת קשר עימי בתקופת שהותי מחוץ לישראל.
- יג. ידוע לי כי במידה ולא אמציא אישור חיים כנדרש, החברה תהא רשאית להפסיק את תשלום הקצבה בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.

חתימת העמית/ה: _____ שם העמית/ה: _____ תאריך: _____ / / X