

נופט תביעה לקבלת קצבת שאירים

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

נא לסמן את קרן הפנסיה

אלטשולר שחם קרן פנסיה מקיפה (מ.ה. 1328)
 אלטשולר שחם קרן פנסיה כללית (מ.ה. 1329)

פרטי העמית המנוח

תעודת זהות*	שם משפחה*	שם פרטי*	מין*	תאריך לידה
			ז / נ	

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/בת זוג

תעודת זהות*	שם משפחה*	שם פרטי*	מין*	תאריך לידה*	מצב משפחתי*
			ז / נ		רווק/נשוי/גרוש/אלמן
מספר טלפון		מספר נייד			דוא"ל
רחוב*	בית*	דירה	עיר*	ת.ד.	מיקוד

פרטי ילדים עד גיל 21

1	תעודת זהות*	שם משפחה*	שם פרטי*	מין*	תאריך לידה*	מצב משפחתי*
				ז / נ		רווק/נשוי/גרוש/אלמן
	רחוב*	בית	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
						דוא"ל
2	תעודת זהות*	שם משפחה*	שם פרטי*	מין*	תאריך לידה*	מצב משפחתי*
				ז / נ		רווק/נשוי/גרוש/אלמן
	רחוב*	בית	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
						דוא"ל
3	תעודת זהות*	שם משפחה*	שם פרטי*	מין*	תאריך לידה*	מצב משפחתי*
				ז / נ		רווק/נשוי/גרוש/אלמן
	רחוב*	בית	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
						דוא"ל
4	תעודת זהות*	שם משפחה*	שם פרטי*	מין*	תאריך לידה*	מצב משפחתי*
				ז / נ		רווק/נשוי/גרוש/אלמן
	רחוב*	בית	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
						דוא"ל

TS7003_081220

פרטי חשבון בנק				
שם בעל החשבון*	שם הבנק*	מספר הבנק	מספר סניף*	מספר חשבון*
שם בעל החשבון*	שם הבנק*	מספר הבנק	מספר סניף*	מספר חשבון*
שם בעל החשבון*	שם הבנק*	מספר הבנק	מספר סניף*	מספר חשבון*
שם בעל החשבון*	שם הבנק*	מספר הבנק	מספר סניף*	מספר חשבון*

שים לב! במידה ולאחד הילדים (מתחת לגיל 18) אין חשבון בנק, הקצבה החודשית תועבר לחשבון של בן/בת הזוג.

אישורים

אופן קבלת הודעות/מכתבים בנושא התביעה מאלטשולר שחם
 מייל
 דואר

פרטי התביעה

פרטי האירוע: _____

מועד הפטירה: _____ / _____ / _____

נסיבות הפטירה (מחלה/תאונה/פגיעה מכוונת/אחר): _____

הרופאים שטיפלו במנוח בשנה האחרונה טרם הפטירה: _____

שם קופ"ח בה טופל המנוח: _____

למילוי ע"י אלמן/ה זכאית בלבד

אלמן/ה של עמית הזכאית/לקצבה בהתאם לתקנון רשאי/ת להוון שיעור של עד 25% מקצבת השאירים לה הוא זכאי/ת לתקופה של עד חמש שנים ובלבד שסכום הקצבה שישולם לו/ה לאחר ההיוון לא יהיה נמוך מסכום הקצבה המזערי (כהגדרתו בסעיף 23 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) התשס"ה - 2005, כפי שיהיה במועד תשלום הקצבה הראשונה).

ברצוני להוון _____ % (עד 25%) מהקצבה לתקופה של _____ שנים (עד 5 שנים).

במקרה ובו היתרה בקרן הפנסיה עולה על הסכום הנדרש לתשלום קצבת השאירים לה אהיה זכאי אבקש לפעול באופן הבא:

להגדיל את הקצבה לה אני זכאי באופן יחסי

להוון את היתרה העודפת

לקבל מידע לגבי אפשרויותיי ככל שיתקיים מקרה שכזה (אינני מעוניין להחליט כרגע)

קיים בקרן הפנסיה כיסוי עבור בן נבחר עם מוגבלות:

כן

לא

תקופת הבטחת קצבה לאלמן/ה

זכאות לקצבת שאירים בהתאם לתקנון הקרן יהיה זכאי אלמן/ה לתקופת הבטחת קצבה של 240 חודשים ובלבד שגילך בתום תקופת הבטחה לא יעלה על 87 שנים.
יש לציין את פרטי מוטבים (באין מוטבים הקרן תשלם ליורשים)

שם פרטי*	שם משפחה*	מספר ת.ז.*	אחוז*

הצהרת התובע

- א. אני מבקש בזאת לאשר לי קבלת קצבת שאירים. ידוע לי כי זכאותי לקבלת קצבה כאמור, ייקבע בהתאם לקבוע בתקנון קרן הפנסיה במועד האירוע המזכה, ובהתאם למסמכים שיוגשו על ידי.
- ב. מצ"ב לתביעה זו כתב ויתור על סודיות רפואית ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
- ג. הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחים הינם נכונים, מדויקים ומלאים והנני אחראי לאמינותם ואני מתחייב להודיע לקרן בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי הקרן תהא רשאית לבטל את זכויותיי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו לה פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים ו/או ככל שלא נמסרו פרטים כלשהם שיש בהם כדי להשפיע על זכויותיי בקרן.
- ד. 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 מתשלום הקצבה ו/או סכום שיעמוד לי ו/או לשארי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי זאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות על פי 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.
- ה. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום קצבה ו/או אחר המגיע לי ו/או לשארי 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 שארי ו/או מוטביי ו/או יורשיי בגין תשלום של הקרן להם. כמו כן, ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי ו/או לשארי ו/או למוטביי כי חוב שלי ו/או של המפורטים לעיל, לרבות יתרת ההלוואות שניתנו על ידי הקרן.
- ו. ידוע לי כי ככל שיתברר כי הקצבה לה אני זכאי מהקרן תהא נמוכה מקצבת המינימום (קצבה שאינה עולה על 5% מהשכר הממוצע במשק) באפשרות החברה לנכות דמי ניהול בשיעור שלא יעלה על 6% מההפרש שבין קצבת המינימום לבין הקצבה המשולמת לכל השאירים יחד (רלוונטי לשאירי עמית בלבד).
- ז. ידוע לי כי העמית שנפטר אינו מבוטח בקרן פנסיה חדשה אחרת בגין אותו שכר קובע.
- ח. ידוע לי כי במהלך תקופת קבלת הקצבה עליי ליידיע 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.
- ט. 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.
- י. ידוע לי במידה ולא אמציא אישור חיים כנדרש, החברה תהא רשאית להפסיק את תשלום הקצבה בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי

חתימת של בן/בת הזוג

שם פרטי*	שם משפחה*	תעודת זהות*	תאריך*	חתימה*
				ח

חתימת של ילדים מעל גיל 18

שם פרטי*	שם משפחה*	תעודת זהות*	תאריך*	חתימה*
				ח
				ח
				ח
				ח