

## תביעת המשך לתשלום פנסיית נכות

### נא לסמן את קרן הפנסיה

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

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

### א. פרטי העמית

מספר 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		

ככל ותביעת המשך נכות תאושר - קצבתך תשולם לחשבון הבנק האחרון המעודכן במערכות החברה, במידה ותוצא כי תשלום הקצבה יהיה לחשבון אחר עליך לצרף אישור ניהול חשבון חדש לתביעת המשך

### ב. פרטי האירוע

מועד האירוע/פריצת מחלה	הנכות הקיימת	האם מדובר במצב סיעודי	האם חזרת לעבודה	האם הינך מקבל דמי אבטלה?
<input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> מלאה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
ככל שחזרת לעבודה: ציין תאריך חזרה _____ היקף משרה _____ (יש לצרף אישור עדכני מהמעסיק לעניין היקף המשרה)				
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"/> מחלת מקצוע	
<input type="checkbox"/> תאונה	<input type="checkbox"/> תאונת דרכים - עבודה			
<input type="checkbox"/> שירות בכוחות הביטחון ומשטרה (צה"ל, שב"ס וכו')	<input type="checkbox"/> שמירת הריגון			
תיאור נסיבות להמשך תביעת נכות: _____ _____ _____				
מצ"ב המסמכים הבאים <input type="checkbox"/> מידע רפואי עדכני מרופא תעסוקתי <input type="checkbox"/> מידע רפואי עדכני מרופא מקצועי <input type="checkbox"/> מידע רפואי ועדכני מרופא משפחה <input type="checkbox"/> סיכומי מחלה ואשפוז לתשומת ליבך! צירוף אישור מחלה הינו מסמך נלווה למסמכים הרפואיים ואינו מספיק לבדו לצורך הגשת תביעת המשך				

### ג. הצהרות עמית

- אני מבקש בזאת לאשר לי המשך קבלת קצבת נכות. ידוע לי כי זכאותי לקבלת קצבה כאמור, לרבות שיעורה, ייקבעו בהתאם לקבוע בתקנון קרן הפנסיה במועד האירוע המזכה, ובהתאם למסמכים שיוגשו על ידי.
  - ידוע לי כי עפ"י תקנון הקרן אני רשאי לעבוד בעבודה משלימה כשכיר או כעצמאי ואני מתחייב לדווח לקרן על כל הכנסה מעבודה, מעסק או ממשלח יד או דמי אבטלה או קצבה ממקור אחר, ככל שתהיה לי כזו. ידוע לי כי אם ההכנסה כאמור בצירוף קצבת הנכות שתשלום לי מהקרן תהא גבוהה מ"תקרת ההכנסה לנכה" (כהגדרת מונח זה בתקנון הקרן) אז יופחת סכום הקצבה בהתאם להוראות התקנון.
  - אני מצהיר כי הפרטים שמסרת בתביעה זו ובנספחים הנם נכונים, מדויקים ומלאים והנני אחראי לאמתותם ונכונותם. אני 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.
- 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 להעמידני לבדיקה במכון לאבחון כושר עבודה. ידוע לי כי סירובי לפעול על פי הוראות הקרן יכול שימשש עילה לדחיית התביעה לקצבת נכות ו/או עילה להפסקת תשלום קצבת נכות, מטעם זה בלבד.

**ג. הצהרות עמית (המשך)**

5. 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, אני 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.
6. 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 האחרות בהתאם להוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנבטים ו/או המוטלים עליי ו/או על שאיריי 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 חוב שלי ו/או של המפורטים לעיל.
7. ככל שתאושר תביעה זו, בחלקה או במלואה, אני מתחייב בזאת להודיע לקרן באופן מיידי על כל שיפור שיחול במצב הבריאותי אשר יאפשר חזרתי לעבודה מלאה או חלקית באופן שונה מהמצב הרפואי על פיו נבדקה ו/או אושרה לי קצבת הנכות מהקרן. ידוע לי כי אין באמור בטופס זה ונספחיו כדי להחליף את האמור בתקנון הקרן ו/או בהסדר התחיקתי.
8. אני מאשר כי איני עמית מבוטח בקרן פנסיה חדשה אחרת בגין אותו שכר קובע.
9. 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.
10. 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.
11. ידוע לי כי במידה ולא אמציא אישור חיים כנדרש, החברה תהא רשאית להפסיק את תשלום הקצבה בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.

**חתימת העמית**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך	חתימה*
			X

