

בקשה לחידוש תשלומי קצבת נכות

א. פרטי העמית/ה

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	כתובת
כתובת דוא"ל		טלפון נייד	

ב. פרטי התקשרות

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי מגיש התביעה:
 הודעת טקסט (מסרון) דואר אלקטרוני דואר ישראל
לידיעתך! אם לא תבחרי/י באחת מהאפשרויות המפורטות לעיל, יישלחו אליך מסמכים והודעות, כפי שנקבע בהוראות הדין.

ג. פרטי עו"ד מטפל* (רלוונטי במידה והבקשה הוגשה באמצעות עו"ד)

שם עו"ד	כתובת למשלוח דואר	טלפון משרד	טלפון נייד	כתובת דוא"ל

*יש לצרף ייפוי כוח הכולל חותמת עם מספר רשיון ומופנה ספציפית ל"מור גמל ופנסיה בע"מ", בהעדר ייפוי כוח תקין יישלחו הודעות בדבר קצבת הנכות ישירות למבוטח.

ד. פירוט הבקשה

אני החתום מטה, מבקש בזאת להמשיך את תשלומי קצבת הנכות, הסיבות להמשך אי כושר העבודה:

 האם הנך עובד כיום?
 לא
 כן, מועד חזרה לעבודה ____ / ____ / ____ היקף המשרה כיום: מס' שעות ביום ____ מס' ימים בשבוע ____.
 (במידה וסומן 'כן', יש לצרף אישור מעסיק על תאריך חזרה לעבודה ועל היקף המשרה).
 יש לצרף תיעוד רפואי עדכני אודות מצבך הרפואי וכושרך התפקודי.

ה. נכה המשתכר מעבודה

האם בתקופת הנכות הנך משתכר מ- עבודה / עסק / משלח יד / דמי אבטלה? (תשלום בגין ימי מחלה אינו נחשב כהכנסה מעבודה). אנה בחר:
 לא
 כן, פירוט מקורות הכנסותי הנוספים: _____
 ככל שתשובתך חיובית, יש לצרף:
 • פירוט תשלומי דמי אבטלה החל ממועד האירוע ועד היום.
 • שכיר - תלושי שכר ממועד האירוע ועד היום.
 • עצמאי - אישור רואה חשבון אודות הכנסותיך החל מהשנה שקדמה למועד האירוע ועד היום.

ו. פרטי בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

אופן הגשת הבקשה

את הטופס החתום בצרף מסמכים רפואיים עדכניים וכל מסמך רלוונטי לבקשה, יש להעביר לחברתנו באחד מהאמצעים שלהלן:
דואר ישראל: מור גמל ופנסיה בע"מ, מגדל ב.ס.ר 1, דרך בן גוריון 2, רמת גן 5257334 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.
דואר אלקטרוני: tviot.pensia@more.co.il
פקס: 03-7554950 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.
 לקבלת מידע נוסף על זכויותך, ניתן ליצור קשר עם מוקד שירות הלקוחות של החברה בטלפון *4544

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

כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו.