



## טופס הצהרת מקבל קצבת נכות לשנת \_\_\_\_\_

לכבוד –  
מור גמל ופנסיה בע"מ

פרטי העמית:

שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.	תאריך לידה	מצב משפחתי
כתובת	עיר	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	

תקופת הזכאות האחרונה שאושרה:

תאריך תחילת תקופת נכות	תאריך סיום תקופת נכות	אחוז הנכות שאושר

**הצהרה לגבי הכנסות נוספות: (יש לסמן ב-V את החלופה הרלוונטית)**

- אין לי הכנסות נוספות מלבד קצבת הנכות המשולמת לי ע"י הקרן.  
 יש לי הכנסות נוספות מלבד קצבת הנכות המשולמת לי ע"י הקרן:

הכנסות מעבודה (שכיר) - \_\_\_\_\_

הכנסות מעסק ו/או משלח יד (עצמאי) \_\_\_\_\_

**מצ"ב:**

- שכיר – אישור תקופת ביטוח ומעסיקים מאת המוסד לביטוח לאומי.  
 עצמאי – דו"ח שומה עצמית לשנת המס האחרונה.

**הצהרה:**

הריני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים והם מהווים בסיס לזכאותי לקבלת קצבת נכות.  
 ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית להפסיק את תשלומי קצבת הנכות וכן לדרוש ולקזז ממני כספים ששולמו לי אם מסרתי פרטים לא נכונים.  
 הריני מתחייב להודיע לקרן הפנסיה על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי ובהכנסותיי תוך חודש ימים מן היום בו נודע לי על השינוי.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה