



עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

בקשה לתשלום קצבת נכות

בהמשך לפנייתך לקבלת קצבת נכות, מצורף טופס בקשה לתשלום הקצבה, נבקשך למלא אותו ולהעבירו אלינו.

מה יש לצרף לטופס הבקשה?

- צילום תעודת זהות הכולל ספח** (עם חותמת "נאמן למקור" ע"י עו"ד / נציג הקרן / מי שהוסמך ע"י הקרן).
 - אם תעודת הזהות ביומטרית יש לצלם את התעודה משני הצדדים.
 - במילוי הטופס באחד ממרכזי השירות עליך להגיע עם התעודה המקורית.
- המחאה מקורית מבוטלת או אישור ניהול חשבון מקורי וחתום על ידי הבנק.**
- טופס הוראה בלתי חוזרת מקורי חתום על ידך וע"י הבנק** - מצורף טופס ריק.
- מסמכים רפואיים עדכניים.**
- צילום תיק רפואי ממרפאה תעסוקתית של קופת החולים שלך** (אם קיים).
- אישור מיצוי ימי אבטלה וטופס הפסקת עבודה** (אם קיבלת דמי אבטלה).
- אישור מיצוי ימי מחלה מהמעסיק.** על האישור לציין את המועד המדויק בו ימוצו ימי המחלה (יום, חודש ושנה). ניתן לאשר תאריך סיום מיצוי ימי המחלה ע"י חתימת המעסיק בסעיף 10 בטופס הבקשה.
- צילום תלושי שכר**
 - נבקש להעביר אלינו 3 תלושים אחרונים + 3 תלושי דצמבר של השנים האחרונות.
- טופס 106 לשנה שקדמה לשנת הגשת הבקשה לקצבת הנכות.**
 - ללא טופס 106 לשנה שקדמה לשנת הנכות הראשונה, לא נוכל לקבל את כל המידע הנדרש לצורך חישוב גובה ההשתכרות המותרת מעבודה במהלך תקופת הנכות.
- העתק הסכם רציפות זכויות** מגוף שאינו קרן פנסיה וותיקה (אם קיים).
- טופס 101 (כרטיס עובד) לשנת המס הרלוונטית** – מצורף טופס ריק.
- אישור תושבות** (אם מגוריד ביישוב המקנה זכאות להנחה במס).
- מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי:**
 - **החלטות ופרוטוקולים של המוסד לביטוח לאומי** במקרה של נכות כללית ונכות כתוצאה מתאונת עבודה).
 - **פירוט תשלומי קצבה ממחלקת נפגעי עבודה בביטוח לאומי** (אם הנך מקבלת/קצבה) או אישור על תשלום מענקים חד פעמיים במקרה שהוכרת כנפגעת עבודה שלא זכאי לקצבה, או לחילופין אישור מביטוח לאומי על אי קבלת קצבה.
 - **"אישור תקופות ביטוח ומעסיקים" עדכני,**
 - ניתן להזמין את האישור באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי: www.btl.gov.il - תחת טפסים ואישורים / אישורים / תקופות עבודה / אישור תקופות ביטוח ומעסיקים.

איך לשלוח אלינו את המסמכים?

על טופס הבקשה יש לחתום בפני נציג הקרן או עורך דין.

- באפשרותך לחתום אצל נציג הקרן - לזימון תור ולמידע על כתובות מרכזי השירות ושעות הפעילות, ניתן להיכנס לאתר עמיתים או להוריד את אפליקציית עמיתים לטלפון הנייד.
- אם חתמת על הטופס בפני עורך דין, באפשרותך לשלוח אותו אלינו בדואר לכתובת: ת.ד 7280 תל אביב, מיקוד 6107201.

07/2023





לתשומת ליבך:

- יש לחתום על הטופס בפני נציג הקרן או עורך דין.
- אנו נוכל להתחיל את הטיפול בבקשתך רק לאחר קבלת כל המסמכים (לרבות עיכוב בהעמדתך לבדיקת רופא הקרן).
- זמן הטיפול בבקשה הוא 90 ימים ממועד קבלת כל המסמכים התקינים.
- לידיעתך, מקצבה המשולמת לפני גיל פרישה מנוכים דמי ביטוח לאומי ומס בריאות. יחד עם זאת, ישנן אוכלוסיות הזכאיות לפטור.
- לבירור האם יש לך זכאות לפטור יש לפנות למוסד לביטוח לאומי. אם קיים ברשותך פטור מהמוסד לביטוח לאומי על תשלומים אלה, יש לצרפו לטופס הבקשה.

מערכת הכללים של הקרן המפרטת את תהליך הטיפול בבקשה לקבלת קצבת נכות מצורפת לערכה זאת.

אנו מזמינים אותך לפנות אלינו בכל שאלה בעניין בערוצים הדיגיטליים שלנו המופיעים באתר עמיתים ובמוקד שירות הלקוחות *6667

בברכה,
עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

שמות קרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר:

- מבטחים מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ (בניהול מיוחד)
- קרן מקפת מרכז לפנסיה ותגמולים אגודה שיתופית בע"מ (בניהול מיוחד)
- קרן הגמלאות המרכזית של עובדי ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד)
- נתיב קרן הפנסיה של פועלי ועובדי מפעלי משק ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד)
- קרן הביטוח והפנסיה לפועלים חקלאיים ובלתי מקצועיים בישראל אגודה שיתופית בע"מ (בניהול מיוחד)
- קרן הביטוח והפנסיה לפועלי בניין ועבודות ציבוריות אגודה שיתופית בע"מ (בניהול מיוחד)
- קרן הגמלאות של חברי "אגד" בע"מ (בניהול מיוחד)
- קרן הפנסיה לעובדי הדסה (בניהול מיוחד)



לכבוד קרן _____

בקשה לתשלום קצבת נכות

1. פרטי המבוטח/ת

מספר תעודת זהות			שם משפחה		שם פרטי		מין		תאריך לידה			מצב משפחתי		תאריך עליה	
							נ	ז							
רחוב			מס' בית		ישוב				מיקוד		ת.ד.				
טלפון בבית			טלפון נייד		כתובת דוא"ל										

2. אני _____ נושא/ת ת.ז. _____ מבקש/ת לאשר לי תשלום קצבת נכות

החל מיום _____ / _____ / _____.

3. פרטי בן/בת הזוג

מספר תעודת זהות			שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מקום עבודה	
סטטוס: נשוי/ה / ידוע/ה בציבור			תאריך נישואין		טלפון נייד					

4. **ילדי המבוטח/ת עד גיל 21 או ילדים נכים שאינם מסוגלים לכלכל עצמם (כולל ילדים מנישואים קודמים)**

שם הילד		מס' ת.ז.		תאריך לידה		מועד תחילת הנכות (רלוונטי לילדים נכים בלבד)	

5. **פרטי איש קשר נוסף בישראל לגמלאי השוהה/עתידי לשהות בחו"ל (פרט לבן/ת הזוג)**

שם מלא		קירבה		טלפון		כתובת		כתובת דוא"ל	

6. בחירת אופן קבלת הודעות

יש לבחור אפשרות אחת בלבד. אם לא תסומן אף אפשרות, או יסומנו שתי האפשרויות, ואם עודכנה כתובת

דוא"ל תקינה, ישלחו ההודעות בדואר אלקטרוני. אחרת, ישלחו בדואר ישראל.

דואר אלקטרוני - אני מאשר/ת לקבל את ההודעות בדבר בירור התביעה ותוצאותיה לכתובת הדוא"ל שעדכנתי בטופס זה.

דואר ישראל - אני מאשר/ת לקבל הודעות בדבר בירור התביעה ותוצאותיה לכתובת הדואר שעדכנתי בטופס זה.

בחירתי בקבלת הודעות בדרך זו כוללת את כל ההודעות והמסמכים המתייחסים לתביעה זו שישלחו ע"י קרן הפנסיה ללא יוצא מן הכלל. ידוע לי שבהיעדר סימון אחת מהאפשרויות, ההודעות יישלחו בדואר רגיל.



7. פרטי חשבון בנק

אבקש להעביר את תשלומי הקצבה לחשבוני בבנק:

יש לצרף צילום תעודת זהות והמחאה (שיק) מקורית מבוטלת או אישור ניהול חשבון בנק מקורי וחתום על ידי הבנק.

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

חשבון הבנק הוא על שמי ושותפים בו:

שם _____, ת.ז. _____, קרבה _____

שם _____, ת.ז. _____, קרבה _____

אני מסכים/ה ומאשר/ת בזאת כי בכל מקרה שיועבר תשלום לחשבון זה בטעות לאחר פטירת מעבר לזכאותי ע"פ כל דין תהיה הקרן זכאית לקבל מהבנק החזר התשלום מיד עם דרישה ראשונה. אני נותן/ת הוראה בלתי חוזרת לבנק לביצוע האמור (יש לצרף הוראה בלתי חוזרת בחתימת הבנק).

ידוע לי כי עשויה להתבצע פניה מהקרן אל הבנק בו מתנהל חשבוני ("הבנק"), לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לקרן. בחתימתי מטה אני מעניקה/ה הרשאה מפורשת לקרן לפנות לבנק ולמסור לו את הפרטים הבאים: שמי המלא, מסי ת"ז ופרטי חשבון הבנק שלי, ואני מאשר/ת באופן מפורש לבנק להשיב לבקשת האימות שהתקבלה מהקרן. ידוע לי כי בהסכמתי לפניית הקרן אני מוותר/ת על חובת הסודיות הבנקאית של הבנק כלפיי כלקוח/ה ועל כל טענה בדבר הפרתה על פי כל דין בגין פעולת האימות. לעניין זה הובהר לי על ידי הקרן ואני מסכים/ה כי לבנק לא תהיה כל אחריות מכל מין וסוג שהוא על המידע שיועבר לקרן, לרבות לעניין אבטחת מידע. ידוע לי כי באפשרותי לבטל את הסכמתי שלעיל בכל עת בהודעה לקרן, ובלבד שהבקשה טרם נשלחה למרכז סליקה בנקאי בע"מ.

על החתום:



שם ושם משפחה _____ חתימה _____ תאריך _____

8. פרטי תעסוקה נוכחית / אחרונה:

שם מקום העבודה	תאריך תחילת עבודה	תאריך סיום עבודה	תפקיד	שיעור משרה	מס' שעות למשרה מלאה

9. זכויות בקרן פנסיה אחרת

- אני מצהיר/ה כי לא משכתי כספים מקרן פנסיה ותיקה שבהסדר (מבטחים, מקפת, קרן פועלי בניין, קופת הפנסיה לעובדי הדסה, קרן הגמלאות של חברי אגד, קרן הגמלאות המרכזית (קג"מ), קרן פועלים חקלאיים וקרן נתיב) מחודש 10/2003 ואילך. משיכת כספים כלשהי מהקרן בגין תקופת ביטוח העולה על 3 חודשים ובסכום העולה על סך 8,702 ₪ (הסכום מעודכן נכון לתאריך 01.01.2023 ומתעדכן מעת לעת בהתאם להוראות הדין), מבטלת את הזכות לקבלת קצבה מהקרן ומכל קרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר.
- האם צברת זכויות בקרן הפנסיה גילעד גמלאות לעובדים דתיים בע"מ? כן לא
- האם עבדת אצל מעסיק שעל עובדיו חל הסדר פנסיה תקציבית (לדוגמה: 'רשות מקומית', 'משרדי ממשלה', 'מוסדות להשכלה גבוהה' וכדו')? כן לא
- אם התשובה חיובית יש לפרט את שם המעסיק: _____ ותקופת העבודה _____.





אני מאשר/ת לכם למסור לכל אחד מן הגופים לעיל כל מידע הקשור לביטוחי אצלכם לצורך קביעת זכויותי על פי תקנון קרן הפנסיה.

שם המבוטח/ת _____ חתימת המבוטח/ת _____

10. מיצוי ימי מחלה (רלוונטי למבוטח שכיר בלבד)

תאריך סיום מיצוי ימי המחלה - _____ / _____ / _____
שנה חודש יום

יש לצרף אישור מהמעסיק האחרון לגבי מועד מיצוי ימי המחלה, או להחתים את המעסיק על סעיף זה. יש לציין תאריך מלא (יום/חודש/שנה) בו ימוצו ימי המחלה העומדים לרשותך אצל המעסיק

חותמת וחתימת המעסיק

*מבוטח בקרן דמי מחלה באחת מהקרנות הוותיקות אינו נדרש להציג אישור מהמעסיק
 אני מבוטח/ת בקרן דמי מחלה של קרן (יש להקיף בעיגול את שם הקרן הרלוונטית):
מבטחים / מקפת / בניין / חקלאים

11. מיצוי זכויות

ידוע לי כי במקרה שעילת הנכות היא תוצאה של אירוע המזכה אותי או יכול שיזכה אותי בפיצוי או קצבה מצד שלישי (כגון פיצוי מחברת ביטוח בגין תאונת דרכים, קצבה או פיצוי מן המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה או מן המדינה בגין פעולות איבה), מותנית זכאותי לקצבת נכות מן הקרן בהגשת תביעה נגד הצד השלישי, בתוצאות התביעה ובתנאים נוספים, הכל כקבוע בתקנון הקרן.
ידוע לי כי בהליך משפטי כנגד הצד השלישי (המזיק, חברת הביטוח או כנגד המוסד לביטוח לאומי) קיימת חובה לקבל את הסכמת הקרן מראש ובכתב להסכם פשרה.
אם יוחלט על ידי הצד השלישי או על ידי ערכאה שיפוטית שלא לקבל את תביעתי לקבלת פיצוי או קצבה כאמור או שתביעתי האמורה תתקבל בחלקה, אני מתחייב/ת לפעול למיצוי מלא של זכויותי, לרבות הגשת כל ערעור או השגה על אותה החלטה או על כל החלטה אחרת שתתקבל במסגרת ההליכים למיצוי הזכויות, אלא אם תינתן לבקשתי הסכמה בכתב של הקרן כי מיצוי הזכויות אינו מחייב הגשת ערעור או השגה בנסיבות העניין.
ידוע לי כי אי-מיצוי הליכי ערעור או השגה, לרבות חלוף המועד להגשתם, יראו אותם כוויתור כלפי קרן הפנסיה לקבלת קצבת הנכות, ובמקרה זה, אם שולמה לי הלוואה מקרן הפנסיה כקבוע בתקנון הקרן, אהיה מחויב/ת בפירעון מיידי של הלוואה בהתאם לקבוע בתקנון הקרן.
ידוע לי, כי אם הנכות היא תוצאה של אירועים המקנים זכאות לגמלה או פיצוי מגורם שלישי, אהיה זכאי/ת לקבל מהקרן הלוואה בגובה קצבת הנכות למשך תקופת בנייה לצורך מיצוי ההליכים כלפי הצד השלישי כאמור, ואשר תנאיה קבועים בתקנון הקרן. לאחר מיצוי ההליכים כלפי הצד השלישי ובהתאם לתוצאות אותם הליכים, תערוך הקרן בחינה אם ניתן להכיר בסכום הלוואה, כולה או חלקה, כתשלומי קצבת נכות, או שיש מקום לדרוש את הפירעון המיידי של הלוואה, כולה או חלקה, בהתאם לתנאים הקבועים לעניין זה בתקנון הקרן.

א. הנכות היא תוצאה של (יש לסמן ב-X):

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> מחלה | <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע (מחלה שנגרמה בשל עבודתך) |
| <input type="checkbox"/> תאונת עבודה | <input type="checkbox"/> תאונת דרכים |
| <input type="checkbox"/> פעולות איבה | <input type="checkbox"/> שירות צבאי / מילואים |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- אירוע המהווה עילה לתביעת פיצויים לפי פקודת הנזיקין (כגון נזק שנגרם בשל רשלנות של אדם או בשל תקיפה) פירוט: _____

לתשומת לבך: בכל מקרה שהנכות אינה תוצאה של מחלה יש למלא טופס "כתב הצהרה והתחייבות".





ב. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:

הגשתי/אגיש תביעה לקבלת פיצוי/קצבה, מגוף אחר מלבד הקרן והמוסד לביטוח לאומי:

כן

לא

אם התשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט כדלקמן:

זהות הגוף אליו הגשתי / אגיש תביעה _____.

התביעה הוגשה / תוגש באמצעות עו"ד _____

שכתובתו _____.

אני מתחייב/ת להמציא לכם את כל המסמכים ו/או החלטות ו/או הפרוטוקולים ו/או האישורים על גובה תשלום אותו קיבלתי/אקבל כפיצוי או קצבה כמפורט בסעיף זה לעיל.

ג. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:

אני מקבל/ת קצבה מהמוסד לביטוח לאומי:

כן

לא

סוג הקצבה: נכות כללית / נכות מעבודה / אחר _____

אם את/ה מקבל/ת קצבה או מענק חד פעמי יש לצרף פירוט החלטות ותשלומי קצבה ממחלקת נפגעי עבודה בביטוח לאומי.

ד. אני מתחייב/ת להודיע לכם בכל מקרה שאגיש בעתיד תביעה לפיצוי או קצבה בגין הנכות כלפי כל אדם או גוף שהוא ולהביא לידיעתכם את תוצאות התביעה, פסק הדין או הסכם הפשרה. **לגבי חתימה על הסכם פשרה קיימת חובה לקבל את הסכמת הקרן מראש ובכתב.**

12. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:

הגשתי בעבר תביעה לקבלת פיצוי/קצבה בגין אירוע נכות קודם ותביעתי התקבלה:

כן

לא

אם התשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט כדלקמן:

א. זהות הגוף ממנו קיבלת קצבה / פיצוי _____.

ב. משך הנכות הקודמת (יש לציין את התקופה בה היית נכה) _____.

הנכות בגינה אני פונה עתה לקרן היא תוצאה / איננה תוצאה של החמרה בפגיעה הנובעת מאירוע הנכות הקודם.

13. אני מתחייב/ת להשיב לקרן כספים שקיבלתי כקצבת נכות, אם יתברר כי הנכות נגרמה מאירוע שאינו מזכה בקצבה. אני מתחייב/ת להמציא לכם מסמכים ונתונים בהתאם לדרישתכם, לצורך קביעת זכאותי מקרן הפנסיה.

14. המידע הנמסר לקרן במסגרת מסמך זה, בחלקו מתחייב על פי דין ועל פי תקנון הקרן וישמש את הקרן לצרכי מתן השירות (ולרבות בחינת זכויותיך על פי תקנון הקרן), שיפורו, ייעולו ותפעולו, וכן לביצוע מחקרים סטטיסטיים. המידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין, לתקנון הקרן והרגולציה, ולרבות לקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר, לרשויות מקומיות ולגופים ממשלתיים, לפי העניין.



15. הצהרת המבוטח/ת:

ידוע לי כי:

א. אם תאושר לי נכות חלקית ולא אמשיך לשלם לקרן דמי גמולים בשל חלק המשרה האחר שבגינו איני מקבל/ת קצבה, לא אוכל להגיש תביעה לקרן להגדלת שיעור נכותי. חידוש תשלום דמי גמולים לאחר הפסקה של שלושה חודשים ויותר מחייב צבירת תקופת אכשרה חדשה.

ב. ידוע לי ואני מסכים/ה, כי אם יועברו לקרן על ידי מעסיקי דמי גמולים לגבי חלק המשרה המוכר לנכות בגין תקופה בה תשולם לי קצבת נכות, הם יוחזרו למעסיקי.

ג. ידוע לי ואני מסכים/ה, כי אם יועברו לקרן על ידי באופן עצמאי דמי גמולים לגבי חלק המשרה המוכר לנכות בגין תקופה בה תשולם לי קצבת נכות, הם יוחזרו לחשבון הבנק אליו משולמת קצבת הנכות בניכוי מס כדן.

ד. ידוע לי כי ניתן להגיש ערר על החלטת רופא הקרן לוועדה רפואית לעררים תוך 60 יום מיום שהומצאה לי ההודעה על ההחלטה.

ה. ידוע לי כי בקשתי לקבל מהקרן קצבת נכות תבטל את האפשרות למשיכת ערכי הפדיון הצבורים על שמי בקרנות בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 1) התקופה הכוללת בגינה קיבלתי מהקרן קצבת נכות עולה על 11 חודשים;
- 2) קיבלתי קצבת נכות בתקופה כלשהי במשך חודש אחד או יותר במהלך חמש השנים לפני הגיעי לגיל פרישה.

ו. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חלילה, בתקופת זכאותי לקבלת קצבת נכות, לא תהיה ליורשי ולשאיריי זכאות למשיכת סכום ערכי הפדיון מהקרן.

ז. ניתן לקבל קצבת נכות מהקרן בשל מקרה נכות שנגרם כתוצאה מפגיעה שמזכה בקצבה מרשות מוסמכת וזאת בתנאי שסכום הקצבה מהקרן עולה על סכום הקצבה המשולמת מהרשות. במקרה זה סכום הקצבה שתשלם הקרן יהיה "הפרש חיובי" בין סכומי קצבה אלה – אם ישנו.

ידוע לי כי תקופת תשלום "הפרש חיובי" לא נחשבת לתקופת ותק פנסיוני מזכה, ולפיכך, אם לא אשלם לקרן דמי גמולים בתקופה זו, אחשב כ- "מבוטח לא פעיל" ולא אצבור זכויות נוספות בקרן ובין היתר, אאבד את זכאותי לקצבת נכות וזכאות שאיריי לקצבת שאירי מבוטח פעיל. בהתאם, ידוע לי כי עליי להמשיך לשלם דמי גמולים לקרן, גם במקרה שאקבל קצבה מהרשות המוסמכת בגין נכותי שהוכרה בקרן בין אם קיימת לי זכאות ל"הפרש חיובי", ובין אם לאו, וזאת על מנת לשמור על מלוא זכויותיי בקרן כ- "מבוטח פעיל".

ח. על פי סעיף 36 לתקנון הקרן, אם תהיה לי הכנסה מעבודה העולה על 'ההפרש המותר להשתכרות' תהיה הקרן זכאית לקזז מקצבת הנכות שלי מחצית מכל הכנסה העולה על 'ההפרש המותר להשתכרות'. לעניין סעיף זה 'ההפרש המותר להשתכרות' הוא ההפרש שבין השכר הקובע לחישוב קצבת נכות לבין קצבת הנכות עצמה. (נא לסמן ב-X):

אין לי הכנסה מעבודה, עסק, משלח יד או פנסיה מוקדמת.

יש לי הכנסה מעבודה, עסק, משלח יד או פנסיה מוקדמת. פירוט: _____

אני מתחייב/ת להודיע לקרן אם תהיה לי הכנסה כאמור בגין התקופה בה תשולם לי קצבת נכות מהקרן. במהלך תקופת הנכות הקרן רשאית לבקש ממני להמציא מסמכים למעקב כלכלי במסגרת הוראות החוזר המאוחד - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר

ט. אם תהיה לי זכאות לקבל קצבת נכות, הקרן תהיה רשאית לזמן אותי לבדיקה רפואית אצל רופא הקרן בכל עת, ולשנות מהחלטותיה במידת הצורך.

י. ידוע לי כי רישום תאריך לידתי המצוי במאגרי המידע של הקרן לא מחייב את קרן הפנסיה אם שונה הרישום במאגרי הקרן במהלך תקופת ביטוחי בה, לרבות עקב תיקון רישום הגיל במשרד הפנים. בנסיבות אלה, ידוע לי כי אין להסתמך על תאריך הלידה הרישום במאגרי הקרן, הן לצורך קביעת מועד זכאותי לקצבת זקנה והן בכל הקשור למועד בו בכוונתי לסיים יחסי עובד-מעביד במקום עבודתי לקראת פרישתי לגמלאות.

ידוע לי שאם שונה תאריך לידתי, עליי להמציא לקרן אסמכתאות שיניחו את דעתה בדבר נכונות השינוי וכי קרן הפנסיה תקבע את גילי לצורך קבלת זכויות מקרן הפנסיה על-פי התנאים הקבועים בתקנון.

יא. ידוע לי כי האמור לעיל הוא תמצית חלקית בלבד של הוראות התקנון הנוגעות לעניין. ידוע לי ואני





מסכים/ה לכך שהוראות התקנון המלאות לפי נוסחן מעת לעת הן הקובעות את זכויותי בקרן הפנסיה.

יב. ידוע לי שבהעדר הוראה מפורשת מצידי בכתב, הקרן תהיה רשאית להעביר לידיעת מעסיקי האחרון פרטים אודות שיעור הקצבה שנקבעה לי ותקופתה.

יג. בהתאם להוראות התקנון האחיד, לא תשולם למבוטח/ת קצבת נכות בעד תקופה העולה על שישה חודשים לפני מועד הגשת הבקשה לקבלת קצבת הנכות. בנוסף, ידוע לי כי הגשת תביעה לקרן הפנסיה אינה עוצרת את מירוץ ההתיישנות הקבוע בדין. מירוץ ההתיישנות נעצר רק עם הגשת תביעה לבית הדין לעבודה.

16. ידוע לי כי הנתונים המפורטים לזכותי בדו"ח השנתי של הקרן או בכל דיווח אחר שקיבלתי מהקרן אינם מלאים, ומבוססים על רשומות ונתונים הכפופים לתהליך של בדיקה, אימות וטיוב נתונים. לפיכך, כל הנתונים הם בכפוף לתוצאות הבדיקה והתהליך האמור ואין להסתמך עליהם. לפני ביצוע פעולה כלשהי, מומלץ לקבל מידע עדכני ובדוק בכתב מנציגי הקרן.

17. אני מצהיר/ה כי ידוע לי ואני מסכים/ה כי אם יתברר שאין לי זכאות לקצבה או כי מסרתי לקרן פרטים שאינם נכונים, הקרן וכל קרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר בהן אני מבוטח/ת, תהיינה רשאיות לשלול זכאותי לקצבה או לעדכן את סכום הקצבה. ידוע לי כי במקרה כזה הקרן תהיה זכאית גם לדרוש החזר סכומים ששילמה לי או לקזז את התשלום ששולם לי בטעות, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א – 1961, מתשלום קצבה או מכל סכום אחר שיעמוד לזכותי בקרן.

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי נכונים. אני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי שיחול בעתיד באחד או יותר מן הפרטים שמסרתי.

אני מצהיר/ה כי ידוע לי שעל מנת להמשיך ולשמור על מלוא זכויותי בקרן עליי להמשיך ולהעביר דמי גמולים באופן שוטף ומלא וזאת עד שתקבע זכאותי, אם בכלל, לקבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה.

כמו כן, ידוע לי שאם לא אעביר את דמי הגמולים לתקופה של 3 חודשים ומעלה, מעמדי בקרן ישתנה למעמד של מבוטח לא פעיל, דבר אשר יכול להשפיע על הכיסוי הביטוחי שלי לרבות ביחס לצבירת תקופת אכשרה חדשה לקצבת נכות ולקצבת שאירי מבוטח פעיל.

18. פרטי המידע לרבות המידע האישי, אשר יימסרו לקרן במסגרת בקשה זו, ישמשו את הקרן לצורך מתן שירות וזכויות על פי התקנון. המידע עשוי להיות מועבר לגופים הקשורים במתן הזכויות והשירותים, לרבות למי מקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר, רשויות מקומיות או המדינה, לפי העניין. מסירת חלק מהמידע נדרש ומתחייב לצורך בחינת זכויותיך על פי דין ותקנון הקרן, וחלקו עשוי לסייע בבירור משלים של זכויותיך ולצורך הבטחת שירות נאות.

שם המבוטח/ת _____ מספר ת"ז _____ חתימת המבוטח/ת **X**

19. חובת המצאת "אישור חיים" למקבל קצבה השוה מחוץ לישראל

על-פי הדין, קרן הפנסיה זכאית לקבל מרשות האוכלוסין וההגירה מידע על שהות של מקבל/ת קצבה מחוץ לישראל, לצורך בדיקת זכאותו/ה להמשך קבלת קצבה מקרן הפנסיה.

מאחר שהזכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירת מקבל/ת הקצבה, מחובתך להודיע לקרן הפנסיה בכתב על כל שהות רצופה בחו"ל מעל חצי שנה. כדי להמשיך לקבל פנסיה בעת שהותך בחו"ל, נדרש ממך להמציא "אישור חיים" לקרן אחת ל-6 חודשים.





20. ויתור סודיות:

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, כתובת מגורים _____

נותן/ת בזאת רשות לכל עובד חברות/סוכנויות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה. כמו כן, אני נותן/ת בזאת לכל עובד רפואי ו/או למוסד רפואי ו/או שיקומי ו/או לקופת חולים ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הבריאות ו/או למשרד הרווחה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מי שבידיו מידע, כולם יחד או כל אחד מהם לחוד (להלן - מחזיקי המידע), למסור לכל אחת מקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר (מבטחים, מקפת, קרן פועלי בניין, קופת הפנסיה לעובדי הדסה, קרן הגמלאות של חברי אגד, קרן הגמלאות המרכזית (קג"מ), קרן פועלים חקלאיים ונתיב), או לכל מי שקרן הפנסיה תמנה (להלן - המבקשים), את הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, על מצבי הבריאותי, כולל בריאותי הנפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית שיש לי, לרבות מחלות שחליתי בהן בעבר ו/או שאני חולה בהן בהווה ועל ההגבלות על תפקודי בשל לקויות אלה, ולרבות כל מידע סוציאלי הנובע ממצבי הבריאותי. אני משחרר/ת בזה את מחזיקי המידע ואת העובדים או המשרתים במסגרתם ו/או הפועלים מטעמם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע הנזכר לעיל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי כלפי מחזיקי המידע או כלפי המבקשים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.



שם המבוטח/ת _____ חתימת המבוטח/ת _____ תאריך _____
(תאריך החתימה זהה לחתימת העו"ד)

אישור והצהרת עו"ד / נציג הקרן

אני מאשר כי היום _____ הופיעה בפני המבקש/ת _____ שזוהה/תה על ידי באמצעות תעודת זהות שמספרה _____, (שהעתקה המאומת מצ"ב) וחתם/ה על הבקשה לאחר שאישר/ה את נכונות פרטי הבקשה, ההצהרות והאסמכתאות המצורפות אליה.

הסברתי למבוטח/ת לפני החתימה על טופס הבקשה לקבלת קצבת נכות את הכללים הבאים:

- א. אם קרן הפנסיה תשלם למבוטח/ת 12 קצבאות נכות או יותר - לא תהיה לו/לה זכאות למשך כספים מהקרן או מכל קרן ותיקה אחרת שבהסדר בסכום חד פעמי במועד כלשהו בעתיד.
 - ב. אם המבוטח/ת קיבל/ה מהקרן קצבת נכות אחת או יותר במהלך תקופת 60 החודשים (חמש שנים) שלפני הגיעו/ה לגיל קצבת זקנה - לא תהיה לו/לה זכאות למשך כספים מהקרן או מכל קרן ותיקה אחרת שבהסדר בסכום חד פעמי במועד כלשהו בעתיד.
 - ג. אם המבוטח/ת קיבל/ה מהקרן קצבת נכות במועד פטירתו/ה (חו"ח) (ללא קשר לתקופת הנכות) - יורשיו/ה לא יוכלו למשך כספים מהקרן או מכל קרן ותיקה אחרת שבהסדר בסכום חד פעמי, בשום מקרה ובשום מועד.
- המבוטח/ת מאשר/ת שהבין/ה את ההסבר שניתן לו/ה, ושהוסבר לו/ה שבנוסף לכללים הנ"ל, חלות על עניינו/ה גם כל יתר הוראות תקנון קרן הפנסיה.

חתימת המבוטח/ת _____ שם מלא, חתימה וחותמת _____ תאריך _____
(זהה לחתימת העמית) עוה"ד / נציג הקרן





תאריך _____

לכבוד _____

בנק _____

סניף _____

א.ג.נ.,

הנדון: הוראה בלתי חוזרת

אני הח"מ _____ נושא/ת ת"ז מס' _____ בעלת/ת חשבון מספר _____, סניף מס' _____ נותנת/ת לכם בזאת הוראה בלתי חוזרת להחזיר לקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר ששמותיהן מפורטים להלן, או מי מהן (להלן: "הקרן")

קרן הגימלאות המרכזית של עובדי ההסתדרות בע"מ
קרן ביטוח ופנסיה לפועלים חקלאיים ובלתי מקצועיים
בישראל אגודה שיתופית בע"מ
נתיב קרן הפנסיה של פועלי ועובדי מפעלי משק
ההסתדרות בע"מ

מבטחים - מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ
מקפת מרכז לפנסיה ותגמולים אגודה שיתופית בע"מ
קרן הביטוח והפנסיה של פועלי הבניין ועבודות
ציבוריות אגודה שיתופית בע"מ
קופת הפנסיה לעובדי הדסה בע"מ
קרן הגימלאות של חברי "אגד" בע"מ

כל סכום שיועבר על ידי הקרן לחשבוני הנ"ל לאחר פטירתי (ולא יותר מהסך המצוי בחשבוני), וזאת מיד עם קבלת דרישת הקרן.

למען הסר ספק, ביחסים שבין הקרן לביני, ההוראה מתייחסת אך ורק להחזר סכומי קצבה שתשלם הקרן, ביתר ו/או מתוך טעות, לחשבוני לאחר פטירתי (לאחר חיים טובים וארוכים), ושלא תהיה קיימת לי ו/או לשאיירי ו/או ליורשי זכאות לקבלם עפ"י תקנון הקרן. לגבי שאירים, ההוראה מתייחסת גם להחזר סכומי קצבה ששולמו ביתר ו/או מתוך טעות.

דרישת הקרן תהווה ראייה מספקת כלפי הבנק לנכונותה ואני פוטר/ת את הבנק מכל אחריות לבדיקת נכונות הדרישה. מאחר והוראה זו ניתנת לטובת הקרן בתמורה לתשלום קצבה ישירות לחשבוני, הרי שהוראה זו תהיה בלתי חוזרת, לא תהיה לי רשות לבטלה או לשנותה וכוחה יהיה יפה גם לאחר פטירתי והיא תחייב גם את יורשי, את יורשי יורשי, את אפוטרופוסי ואת מנהלי עזבוני.

ולראיה באתי על החתום:

_____ **X** חתימת בעל החשבון:

_____ תאריך:

אישור הבנק

הרינו לאשר בזאת כי בנק _____, סניף _____, קיבל מסמך זה ונותן הסכמתו לפעול על פי ההוראה הנ"ל של מר/גב' _____ נושא/ת ת"ז מס' _____ בעל חשבון מס' _____ אלא אם יהיה מנוע מלעשות כן על פי דין ובכפוף לקיום יתרת זכות בחשבון.

חותמת הבנק בצירוף חתימות בעלי זכות חתימה





דף הסבר – טופס 101 (כרטיס עובד)

מצורף טופס 101 (כרטיס עובד) ריק. נבקשך למלא את פרטיך ולהחזירו אלינו חתום. לתשומת לבך, מצורפים דגשים למילוי הטופס:

- יש למלא את הטופס על כל סעיפיו, **דגש מיוחד לסעיפים ד, ה, ו**, כולל תאריך וחתימה בגב הטופס.
- סעיף ד'** – פרטים על הקצבה המשולמת על ידי הקרן. יש לסמן X בריבוע ליד הקצבה ("קצבה" - (6)). אין צורך למלא תקופת עבודה.
- סעיף ה'** – פרטים על הכנסות אחרות: אם ציינת כי יש לך הכנסה נוספת, נא לבצע תאום מס הכנסה.
- אין לדווח על קצבאות פטורות ממס**: קצבאות זקנה, נכות ושארים המשולמות ע"י ביטוח לאומי, קצבה מהלשכה לשיקום נכים. כמו כן אין לדווח על קצבת שאירים אם סך קצבאות השאירים (למעט קצבאות פטורות) מתחת ל 9,120 ₪ (הסכום מעודכן נכון ל- 01/2023)
- סעיף ו'** – פרטים על בן/בת זוג. אם ציינת כי לבן/בת הזוג הכנסה אחרת לרבות קצבה, יש לציין את מקור הקצבה.
- סעיף ז'** - שינויים שחלו במהלך השנה. יש להודיע לקרן על כל שינוי שחל בפרטים האישיים שלך במהלך השנה (מצב משפחתי, כתובת).
- סעיף ח'** – פטורים או זיכויים. אם אתה/עונה על אחד מהקריטריונים הרשומים בסעיף זה, יש לצרף אישור מתאים.
- בטופס 101 המצ"ב (דף 2 בתחתית העמוד) קיים הסבר נוסף למילוי הטופס.

טופס ללא סימון בסעיפים ד' ו-ה' וללא חתימתך יוחזר לך למילוי החסר.

ברטיס עובד⁽¹⁾



סמנ"י / בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. {ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)	כתובת פרטית			
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעסיק זה

סמנ"י / ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל	1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

משכורת חודש⁽²⁾

משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾

משכורת חלקית⁽⁴⁾

שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

קצבה⁽⁶⁾

מלגה⁽¹⁾

ה. פרטים על הכנסות אחרות

<input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה ומלגה ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
<input type="checkbox"/> משכורת חודש ⁽²⁾
<input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾
<input type="checkbox"/> משכורת חלקית ⁽⁴⁾
<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾
<input type="checkbox"/> קצבה ⁽⁶⁾
<input type="checkbox"/> מלגה ⁽¹⁾
אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמנ"י:
<input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת ⁽⁷⁾
<input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו ⁽⁸⁾
<input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽⁹⁾
<input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות)				
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי ה שינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמ"י /√ בריבוע המתאים)

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה⁽¹³⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 אני עולה חדש/ה מתאריך _____.
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.
מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. **חובה לצרף:** תעודת עולה.

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת **עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.**

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם עד 5 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 12 שנים בשנת המס _____ .

8 בגין ילדיי. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 12 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 5 שנים בשנת המס _____ .

9 אני הורה יחיד⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 אני הורה ל_____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.

12 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

13 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

14 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ .
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

15 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמ"י /√ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעסיק זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת⁽¹⁾ כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	ה מע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)		
			מספר תיק ניכויים	כ ת ו ב ת	ש מ
	(לפ י ה ת ל ו ש י מ)		9		
			9		
			9		

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך _____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעסיק" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאי ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאי ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קצבה - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי הפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי לוח הניכויים.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי הפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.



מערכת הכללים שלנו –

איך אנחנו מבררים ומיישבים תביעות?

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 2022-9-2, אנחנו מציגים בפניכם את מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות בקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר.

מזמינים אתכם לצפות במערכת הכללים מאתר עמיתים או לקבל אותה באמצעות פנייה למוקד השירות הטלפוני *6667.

1. קצת הגדרות משפטיות

א. "אזרחים ותיקים" - מי שמלאו להם 67 שנים.

ב. "יום עסקים" - כהגדרתו בחוק השקעות משותפות בנאמנות, התשנ"ד-1994.

ג. "קרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר", "הקרנות" או "קרנות הפנסיה" או "הקרן" -

- מבטחים מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן מקפת מרכז לפנסיה ותגמולים אגודה שיתופית בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן הגמלאות המרכזית של עובדי ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן ביטוח ופנסיה לפועלים חקלאיים ובלתי מקצועיים בישראל - א.ש. בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן הביטוח והפנסיה של פועלי הבניין ועבודות ציבוריות א.ש. בע"מ (בניהול מיוחד);
- קופת הפנסיה לעובדי הדסה בע"מ (בניהול מיוחד);
- קרן הגמלאות של חברי "אגד" בע"מ (בניהול מיוחד);
- נתיב - קרן הפנסיה של פועלי ועובדי משק ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד);

ד. "תביעה" - דרישה מאחת או יותר מקרנות הפנסיה הוותיקות למימוש זכויות לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות.

ה. "תובעים" - מי שהציגו תביעה לקרנות הפנסיה הוותיקות, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיבו במסגרת עיסוקם נזק שנגרם לאחר ובאו בתביעה כלפי קרנות הפנסיה הוותיקות להיפרע את הטבת אותו נזק.

2. באילו מקרים מערכת כללים זו חלה?

מערכת כללים זו חלה על תביעות בגין סיכוני נכות ומוות בלבד במסגרת תקנון קרן הפנסיה כלומר, תביעות לבקשת קצבת נכות ובקשות לקבלת קצבת שאירים.



3. ממתי חלה מערכת כללים זו?

תחילתה של מערכת כללים זו מיום 1 ביוני 2011. מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר מועד זה.

4. הודעות שאנו שולחים במהלך התביעה

א. בכל תביעה שתוגש אלינו כמצוין מעלה, אנו נמסור לתובעים בהקדם האפשרי:

- קישור לצפייה במערכת כללים זו;
- פירוט הליך בירור התביעה ויישובה;
- הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובעים;
- פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובעים לשם בירור ויישוב תביעה;
- טופס הגשת תביעה והנחיות לגבי מילוי;
- הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה.

מידע זה מופיע גם באתר עמיתים.

ב. אזרחים וותיקים יכולים להגיש תביעה גם באמצעות שיחת טלפון. השיחה תוקלט ותתועד במערכות שלנו.

ג. אנו נמסור לתובעים בהקדם האפשרי הודעה בכתב אודות קבלת מסמכי התביעה ומועד קבלתם.

ד. אם נדרשים מסמכים נוספים, אנו נודיע על כך ונבקש לקבל אותם תוך 14 ימי עסקים מיום ההודעה.

ה. אנו לא נבקש לקבל מידע או מסמכים שסביר להניח שהתובעים לא יכולים להשיגם / רשאי לקבלם אלא אם יש יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים הללו נמצאים בידי התובעים.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

5. הודעה על סטטוס הטיפול בתביעה ותוצאותיו

אנו נעדכן את התובעים בסטטוס הטיפול בתביעה בתוך 30 יום מהמועד שבו התקבל כל המידע והמסמכים הדרושים, או מהמועד שבו התקבל טופס תביעה מלא כנדרש (המאוחר מבין השניים).

6. הודעת תשלום

אם התקבלה החלטה על תשלום תביעה, אנו נמסור לתובעים במועד התשלום הודעה בכתב או תלוש קצבה או הפניה למסמכים המתייחסים לנושאים אלו ומצורפים להודעה, אם הם רלוונטיים למקרה התביעה:

- סיבת התשלום;



- פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב;
- סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה;
- פירוט של הקיזוזים שנוכו מהתשלום כיוון שהתובעים מקבלים תשלומים בשל אותה סיבת נכות שלא מקרן הפנסיה ושלפי התקנון או הוראות הדין יש לקזזם מהתשלום.
- פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לקרן הפנסיה מאת התובע;
- פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה;
- סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה;
- הריבית החלה באותה עת וציון ההוראות החלות לגביה;
- הסכום שנוסף לתשלום בשל הפרשי הצמדה וריבית;
- המועד שבו היו בידינו מסמכי התביעה;
- סכום התשלום הראשון;
- מנגנון עדכון התשלומים;
- המועד הראשון שלו זכאים התובעים לתשלום;
- משך התקופה המרבית עבורה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות התקנון או הדין;
- משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של הזכאות;
- הכללים לבדיקה מחודשת של הזכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;
- מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.

א. אם התקבלה החלטה על תשלום חלקי של התביעה, אנו נמסור לתובעים במועד התשלום הודעה בכתב הכוללת שני חלקים:

- חלק ראשון יפרט את מרכיבי התשלום שאושר ובהתאם למפורט מעלה;
- חלק שני יפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.

7. הודעת דחייה

אם התקבלה החלטה על דחיית התביעה, אנו נמסור לתובעים הודעה בכתב שבה יפורטו כל נימוקי הדחייה, כולל תנאי התקנון או הוראות הדין שעל בסיסם נדחת התביעה.

8. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

א. אם אנו נזדקק לזמן נוסף לצורך בירור התביעה, אנו נמסור לתובעים הודעה בכתב על כך ויפורטו בה הסיבות לכך שנדרשת הארכת הזמן והמסמכים הנוספים הנדרשים כדי להשלים את הבירור.

ב. הודעת המשך הבירור תימסר לתובעים לפחות כל 90 ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה - לפי העניין - למעט במקרים הבאים:





- התובעים פנו לערכאות משפטיות ;
- אם התובעים לא הגיבו לאחר שנמסרו להם שתי הודעות המשך בירור עוקבות, הכוללות בקשה למידע או למסמך - ובלבד שבהודעה האחרונה לתובעים צוין כי לא יישלחו הודעות נוספות.

ג. לאזרחים וותיקים אנו נמסור הודעת המשך הבירור גם בעל פה, אלא אם הם אישרו שההתקשרות עמם תהיה בערוצים דיגיטליים.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

9. הודעה על התיישנות תביעה

- א. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תופיע פסקה המציינת בהבלטה את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה לקרן אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות להבדיל מהגשת תביעה לבית משפט.
- ב. בכל הודעה אחרת הנשלחת לתובעים בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה, תופיע הפסקה מעלה אודות ההתיישנות, ותופיע גם הודעה על כך שמרוץ ההתיישנות החל במועד קרות האירוע המזכה בציון מועד קרות האירוע.
- ג. בכל מקרה, הארכת תקופת התיישנות תחול אך ורק במקרה בהתקיים התנאים הקבועים בחוק התיישנות.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

10. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תופיע פסקה המציינת בהבלטה את זכויות התובעים הבאות :

- א. להשיג על ההחלטה (והדרך לעשות זאת) ;
- ב. להציג את ההשגה בפני הממונה על פניות הציבור של הקרן (והדרך לעשות זאת, כולל פרטי הממונה ואופן ההתקשרות אתו);
- ג. להציג את ההשגה בפני גורמים נוספים, כולל ערכאה שיפוטית או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

11. בדיקה מחודשת של זכאות



- א. בסעיף זה, "בדיקה מחודשת של זכאות", לעניין קצבת נכות, פירושה בדיקה נוספת שנערכת לפי החלטת הקרן במהלך תקופת הזכאות לקצבת נכות, לעניין זכאות התובעים לקצבת נכות, לרבות שיעור הנכות, לגבי התקופה האמורה. הקרן המבקשת לבדוק מחדש זכאות התובעים לקבלת תשלומים שוטפים, תעשה זאת לפי הכללים שבתקנון הקרן.
- ב. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותם של התובעים לקבלת תשלומים שוטפים יימסרו לתובעים עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי ובהודעה על החלטת רופא/ת הקרן (לתובעים שנקבעה להם נכות עד גיל פרישה תקנוני) וכן יפורטו באתר עמיתים.
- ג. אם יידרשו עלויות לצורך בדיקה מחדש, התובעים לא יישאו בהן.
- ד. אם כתוצאה מהבדיקה המחודשת, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים שוטפים המשולמים לתובעים, ייעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בתקנון ואם אין כאלה – אנו נמסור לתובעים הודעה על השינוי לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים - אך לא יותר מ-60 ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים.
- ה. ההודעה לתובעים אודות השינוי בזכאות תכלול את כל הנימוקים להחלטה להקטין או להפסיק את התשלומים השוטפים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה, בשינויים המחויבים.
- ו. מובהר כי אין בדברים הללו שנאמרו מעלה כדי לגרוע מזכותן של קרנות הפנסיה הוותיקות לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי.

12. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

אנו נשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטחים או תובעים, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בקרן, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר מ-30 ימים ממועד קבלת הפניה.

לעניין אזרחים וותיקים - לא יאוחר מ- 21 ימים ממועד קבלת הפניה.

13. מתן העתקים

- א. אנו נמסור לתובעים, אם יבקשו, העתק מן מהתקנון בתוך 14 ימי עסקים ממועד הבקשה.
- ב. אנו נמסור לתובעים, אם יבקשו, העתקים מכל מסמך שהתובעים חתומים עליו, מכל מסמך שהתובעים מסרו לנו או מכל מסמך אשר התקבל אצלנו בהסכמתם, בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
- אם המסמכים כבר הועברו לתובעים בעקבות פניות קודמות או אם המסמכים המבוקשים אינם רלוונטיים לתביעה, אנו פטורים ממסירתם לתובעים.

14. סיכום זמני הטיפול בהתאם למערכת הכללים:





זמן הטיפול	הפעולה
14 ימי עסקים	דרישת מידע ומסמכים נוספים מהיום שהתברר הצורך בהם
30 ימים	לאחר קבלת כל המסמכים, מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו
כל 90 ימים	מסירת הודעת המשך בירור תביעה
30-60 ימים	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם
30 ימים	מענה בכתב לפניית ציבור
21 ימים	מענה בכתב לפניית ציבור של אזרחים וותיקים
14 ימי עסקים	מסירת העתקים מתקנון
21 ימי עסקים	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתמו התובעים

בברכה,

עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות