

מעקב אחר מקבלי קצבת נכות

בהתאם להוראות רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מחויבת קרן פנסיה לבצע מעקב ובחינה רציפה אחר מקבלי קצבת נכות זאת לנוכח הצורך לוודא כי לא חל שינוי במצבם של הזכאים. לכן פעם בשנה (ובנכות שנקבעה לצמיתות - פעם בשנתיים) תשלח הקרן הודעה לעמית בדבר אישורים שעליו להמציא לצורך המשך קבלת קצבת הנכות. מטרת המעקב הכלכלי היא לקבל את המידע הדרוש לצורך הפעלת מנגנון התאמת קצבת הנכות מהקרן להכנסות הנכה, במקרים בהם לנכה הכנסות נוספות. **שים לב!** במידה ולא יתקבלו מהעמית האישורים הנדרשים במועד שנקבע במכתב שנשלח אליו מהחברה, תופסק קצבת הנכות. תשלום הקצבה יופסק גם במקרה שיתברר כי הזכאות לקצבה נעשתה על בסיס נתונים לא נכונים או במקרה בו יתברר כי הקצבה שולמה בטעות.

המסמכים הנדרשים הם:

1. טופס "מידע שעל הזכאי לפנסייט נכות למסור לקרן הפנסיה מדי תקופה" (**מצ"ב דוגמא**) על הטופס להיות מלא וחתום על ידי העמית.
 - א. **במידה והינך עמית שכיר** - טופס פירוט הכנסות ושכר מהמוסד לביטוח לאומי שיתייחס לתקופה שממועד תחילת קבלת קצבת הנכות מהקרן (**מצ"ב דוגמת טופס**). על הטופס להכיל את הנתונים הבאים: דמי הביטוח, תקופת הביטוח, שמות המעסיקים והשכר ששולם לעמית.
 - ב. **במידה והינך עמית עצמאי** - שומה עצמית על הכנסות ממועד תחילת הנכות עד שנת המס האחרונה.
2. עמית שהוא שכיר וגם עצמאי יצרף את שני האישורים המפורטים.

את המסמכים יש לשלוח לחברה באחת מהדרכים הבאות (חתומים ומלאים):

בדואר: עבור כלל פנסיה וגמל בע"מ, לידי תביעות פנסיה ת.ד. 58250 מיקוד רח' ראול ולנברג 36 ת"א מיקוד 6158102 או

במייל: pension_claim2@clal-ins.co.il או

בפקס: 077-5556662

”מידע על הזכאי לקצבת נכות”

מילוי פרטים אישיים			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
תאריך תחילת קבלת פנסיית הנכות:	מס' טלפון	מס' נייד	
כתובת מעודכנת מלאה	רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב
כתובת דואר אלקטרוני	@	שיעור פנסית הנכות שנקבעה על ידי הועדה של קרן הפנסיה:	
		מיקוד	

הצהרה לגבי הכנסות נוספות

- א. אין לי הכנסות נוספות מלבד פנסיית הנכות המשולמת על ידי הקרן.
 ב. יש לי הכנסות נוספות מלבד פנסיית הנכות המשולמת על ידי הקרן:

- הכנסת עבודה (שכיר), פירוט: _____
- הכנסה מעסק ומשלח יד (עצמאי), פירוט: _____

שכיר – טופס רציפות ביטוח מהמוסד לביטוח לאומי

לטופס זה הריני מצרף דו"ח רציפות ביטוח, הכנסות ושכר מתחום הביטוח והגביה במוסד לביטוח לאומי, הטופס מתייחס לתקופה שמיום תחילת זכאותי לפנסיית נכות, או מן המועד האחרון שלגביו הגשתי לקרן טופס כאמור בעבר, לפי המאוחר.

עצמאי

לטופס זה הריני מצרף שומה עצמית לשנת המס האחרונה.

הצהרה

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי הפרטים שמילאתי בטופס זה מלאים ונכונים, ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לדרוש ממני כספים ששולמו לי על פרטים שמסרתי ביודעי כי אינם נכונים.

אני מתחייב/ת להודיע לקרן הפנסיה על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי ובמצב הכנסתי תוך חודש ימים מן היום בו נודע לי על השינוי.

תאריך _____ שם מלא _____ מספר תעודת זהות _____ חתימה _____



טל: 6050 * או 8812345-04
פקס: 6250470-03
שעות מענה: א-ה 8:00-17:00

שירות חדש: זימון תור *8321

סניף: תל אביב
יצחק שדה 17 ת"ד 20222
תל אביב-יפו 61201

תיק:
מנה: 0713

דף 3 מתוך 3

הערות:

- בתקופות שלא מופיע בהן שם המעביד או מסי תיק המעסיק נכללות גם חן בסך חודשי הדיווח.
- אם ידוע לך על תקופות עבודה שלא מופיעות באישור, עליך לשלוח אישור מהמעסיק.
- (לחלופין ניתן לשלוח תלוש שכר או טופס 106) אל תחום רציפות ביטוח בכתובת הרשומה מטה.
- אם יתברר בעתיד שלא הונקיימו יחסי עובד ומעביד בתקופות המופיעות באישור הנייל, ונבטל ההכרה בתקופות אלו.
- לברורים והבהרות בדבר תקופות הדיווח ניתן לפנות לתחום רציפות ביטוח שבמשרד הראשי שד' ויצמן 13 ככר גיורא לוטן ת.ד. 90009 ירושלים 91909 טלפון: 02-6463277, בין השעות 15:00 - 13:00

בכבוד רב,

המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד לביטוח לאומי.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המיוע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד לביטוח לאומי קובעים.

5340127_1003091996_2042273_16_01554_3.pdf 150713 0715

