

לקוח/ה יקר/ה

לרשותך ערכת מסמכים לצורך קבלת פנסיית נכות מקרן הפנסיה "כלל פנסיה" או "כלל פנסיה משלימה".

את הטופס והמסמכים הנדרשים אנא העבר אלינו , לכתובת:
כלל פנסיה וגמל בע"מ , רח' ראול וולנברג 36, ת.ד. 58250 תל אביב 6158102
לפקס שמספרו:
077-5556662 או למייל pension_claim2@clal-ins.co.il

כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.
מתן כתובת המייל עשוי לייעל את הטיפול בעניינך.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו 03-6387820

בברכה,
מערך התביעות
כלל פנסיה וגמל בע"מ

הליך בירור ויישוב התביעה

כלל פנסיה וגמל בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות עמיתה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב כנספח א', אשר החברה אימצה לשם כך.

עמית המעוניין להגיש תביעה לפי תקנון קרן פנסיה "כלל פנסיה" ו/או "כלל פנסיה משלימה" ("קרן הפנסיה"), מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהעמית, תבחן החברה את זכאות העמית לפנסיה נכות, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה ובפרט לאור הוראות הפרק התשיעי של תקנון קרן הפנסיה. לפרטים נוספים בעניין הליך בחינת החברה את זכאותך לפנסיה נכות ראה נספח ד' להלן.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להיעזר במומחה פנימי או חיצוני מטעמה לצורך בירור התביעה. במקרה כזה שמורה ללקוח הזכות להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בהתאם לקבוע בתקנון הקרן.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת משני אלה: תשלום או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר לעמית בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח א').

יודגש כי תביעה לקבלת פנסיה נכות מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח - 1958 לאחר 7 שנים מיום קרות הארוע המזכה, לפי קביעת רופא הקרן או הועדה הרפואית של הקרן. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לקבלת פנסיה נכות כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום הזכאות, כולה או חלקה, או במועד קיומה.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה לקבלת פנסיה נכות על פי תקנון קרן פנסיה, על העמית למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ג'. מנגנון הארכת תקופת הזכאות והכללים על פיהם בוחנת החברה מחדש את הזכאות לקבלת תשלומים עתיים הרצ"ב כנספח ה'.

במידה שהלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא, עליו להמציא מסמכים מבססים. הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות תקבע בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ובכפוף להמצאת המסמכים.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על העמית להעביר אל החברה לכתובת: רחוב ראול ולנברג 36 מגדל 8 קריית עתידים ת.ד. 58250 ת"א 6136902, או לפקס: 077-5556662.

מובהר כי לצורך הגשת התביעה יש לשלוח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובת או לפקס הנזכרים לעיל בלבד, ואין די במשלוח הטופס ו/או המסמכים לכל כתובת או פקס אחרים, לרבות לא אל סוכן הביטוח.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים, התובע נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדיון, בצירוף האישורים המתאימים.

¹ לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון

נספח א': תביעה לתשלום פנסיית נכות מלאה / נכות חלקית

1. פרטי התובע

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	דוא"ל: @
מין ☐ זכר ☐ נקבה	תאריך לידה	מס' טלפון	אני מסכים כי מסמכים והודעות בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי* ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר. *במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני, יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.
רחוב	מס'	יישוב	מיקוד
אני מאשר שכלל תשלח אליי, במקום באמצעות הדואר, מסמכים והודעות בקשר למוצרים שלי בקבוצת כלל, לרבות הודעות על פי דין לכתובת הדואר האלקטרוני ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה			

2. תביעה לנכות (סמן ב-✓)

☐ חלקית ☐ מלאה

3. הנכות הינה תוצאה של:

- ☐ מחלה
☐ תאונת עבודה
☐ פעולת איבה או מלחמה
☐ מחלת מקצוע
☐ תאונת דרכים - עבודה
☐ תאונה
☐ שמירת הריון
☐ שירות בכוחות הביטחון (משטרה, צה"ל, שב"ס וכו'...)

4. פרטי בן / בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות	תאריך לידה
כתובת מגורים	רחוב	מס' ת"ד	יישוב
מספר טלפון	מספר הנייד	דוא"ל	@

5. פרטי ילדים

מס' תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מצב משפחתי
1	☐ ז ☐ נ				☐ חוקה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ אלמנה
2	☐ ז ☐ נ				☐ חוקה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ אלמנה
3	☐ ז ☐ נ				☐ חוקה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ אלמנה
4	☐ ז ☐ נ				☐ חוקה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ אלמנה

כתובת מגורים	מס'	עיר	מיקוד	סולרי	דואר אלקטרוני
1					
2					
3					
4					

6. פרטי חשבון בנק

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון
---------	----------	------------	------------

* יש לצרף אישור בנק הכולל שם מלא + מס' ת.ז. + מס' חשבון + מס' סניף + חתימה וחוקתיות של הבנק, או לחילופין המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.

7. מועד האירוע לתביעה:

תאריך קרות האירוע

7.1 למילוי ע"י המעסיק בלבד - הריני מצהיר כי החל מתאריך

העמית _____ סיים את זכאותו לימי מחלה ולא קיבל שכר ו/או תלושי שכר.

תאריך _____ חתימת וחוקתיות המעסיק _____

7. פרטים נוספים על המבוטח

- 7.1 מקצוע _____ עיסוק _____
- 7.2 האם הנך ☐ שכיר ☐ עצמאי
- 7.3 מה היה עיסוקך בפועל לפני קרות האירוע (מסור תיאור קצר לגבי עיסוקך) _____
- 7.4 האם שינית את מקצועך / משלח ידך / עיסוקך מאז שהצטרפת לקרן הפנסיה, אם כן, נא פרט: _____
- 7.5 מהי השכלתך? (מספר שנות לימוד, תואר אקדמי, קורסים מקצועיים וכד')

7.6 - פרט בטבלה שלפניך מה היו עיסוקך בעבר:

עיסוק	מס' שנים בהן עסקת מעמדך (שכיר / עצמאי)	שם העסק	סיבה להפסקת עבודתך

- 7.7 אחוזי משרה בה עבדת לפני קרות האירוע _____
- 7.8 - אחוזי משרה בה הנך עובד לאחר קרות האירוע _____

8. פרטים על הנכות

- 8.1 האם הנכות נגרמה ע"י תאונה / מחלה _____
- 8.2 מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____
- 8.3 תאר את המהלך, סיבות ותוצאת התאונה / המחלה שביסוד תביעתך _____
- 8.4 פרט את שמות הרופאים ומוסדות הרפואיים בהם טופלת בקשר לתאונה / מחלה _____
- 8.5 שם הרופא המטפל (שם קופ"ח) אשר טיפל בך לפני הצטרפותך לקרן הפנסיה _____
- 8.6 האם אתה עדיין מאושפז במוסד כלשהו? אם כן, פרט: _____
- 8.7 עד מתי עבדת לאחרונה ובאיזה עיסוק? _____
- 8.8 האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו/בחברה כלשהי כן/לא _____
- מהו העסק _____ מהו שיעור בעלותך בו % _____, מה התקבולים שאתה מקבל ממנו _____
- 8.9 האם הינך מרותק למיטה / ביתך על פי הוראות הרופא? אם כן - עד מתי? _____

8.10 האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז תחילת המחלה, באופן מלא או חלקי? באיזה היקף? (אנא ציין את היקף המשרה וכן צרף אישור מעסיק על היקף המשרה)

8.11 האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה / מחלה? אלו בעיות רפואיות? ממתי סבלת מאותן בעיות רפואיות

8.12 האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? אנא פרט את כל מקורות ההכנסה מכל מין שיש לך

8.13 האם יש לך ביטוחים אחרים לרבות ביטוח מנהלים, קרנות פנסיה נוספות, המכסים נכות ו/או אובדן כושר עבודה? נא ציין זאת למטה, בליווי כל הפרטים הרלוונטיים (שם חברה, מספר פוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח וכו')

8.14 זכאות על פי חוק: כן / לא (נא הקף בעיגול)

האם האירוע המזכה נגרם כ תוצאה מפגיעה בעבודה כמוגדר בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995, או מאירוע מזכה בגמלה בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט-1959 (נוסח משולב), או מפועלת איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תש"ל-1970, או מאירוע מזכה בגמלה בהתאם לחוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א – 1981, או מאירוע מזכה בגמלה בהתאם לחוק שירות בתי הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א – 1981. אם כן, אנא פרט ותאר את נסיבות האירוע:

8.15 זכאות ממקורות אחרים:

- האם הגשת או בכוונתך להגיש בקשה לקבלת גמלה / קצבה / תשלומי ביטוח/ תשלום אחר בגין האירוע? אם כן – אנא פרט
- האם שולמו גמלה / קצבה / תשלומי ביטוח/ תשלום אחר בגין האירוע? כן / לא (נא הקף בעיגול)

סוג תשלום	מועדי תשלום	סכומי תשלום

האם הוכרה הזכאות על ידי מקור אחר וטרם בוצע התשלום?

8.16 האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה

8.17 האם הגשת תביעה לגורם כלשהו (פיצוי נפגעי פעולות איבה, או כל גורם ממשלתי אחר?)

9. שמירת הריון

9.1 יש לפרט את הבעיה הרפואית שבגינה הינך נמצאת בשמירת הריון

9.2 מהו תאריך הלידה המשוער?

10. איש קשר מטעמי לטיפול בבקשה

איש קשר מטעמי לטיפול בתביעה זו:

שם פרטי ומשפחה

מס' טלפון

כתובת

כתובת מייל

כמו כן יש לצרף יפוי כוח של איש קשר זה

הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי עד כה הינם נכונים. הנני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי באחד או יותר מהפרטים הללו.

תאריך מילוי הבקשה

חתימות העמית

יודגש כי תביעה לקבלת פנסיה נכות מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח - 1958 לאחר 7 שנים מהיום שבו הפכת לנכה, לפי קביעת רופא הקרן או הועדה הרפואית של הקרן. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לקבלת פנסיה נכות כדי לעצור את מירון ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מירון ההתיישנות.

במידה ויש צורך בבירורים, ניתן לפנות:
 לבעל הרשיון שמטפל ב: פרטי בעל הרשיון: שם _____ טלפון _____ מייל _____
 לפנות ישירות אלי בטלפון _____ מייל _____

☐ אני מסכים שכל הדו"חות השנתיים בביטוחי חיים, חסכון ארוך טווח ו/או בריאות שעליי לקבל מחברת כלל יישלחו לדואר האלקטרוני שמפורט לעיל ו/או יוצגו באתר האינטרנט של החברה וזאת במקום באמצעות הדואר

☐ אני מסכים כי חברות מקבוצת כלל יפנו אלי לצורך הצעת שירותים ומוצרים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר

חתימה _____ תאריך _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

אני הח"מ _____ נושא ת.ז. מס' _____ נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת חולים, רופאה, עובדיה ו/או מי מטעמו ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או למקומות עבודתי בעבר, בהווה ובעתיד ו/או כל אדם ו/או כל גוף אחר אשר ברשותו מידע על מצבי הבריאות, ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי, ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד (להלן למען הנוחיות: "המידע"), למסור ל"כלל פנסיה" (להלן: "קרן הפנסיה") ולמי מטעמה את כל המידע המצוי בידיהם ובאופן שיידרש על ידי כלל פנסיה.

אני משחרר בזה את כל המוסדות והגורמים הרשומים מעלה לרבות קופות חולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם לרבות בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדו-תיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למידע אודותי שברשותם ובכל הנוגע למידע בדבר תשלומים ששולמו ו/או משולמים לי על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הבטחון.

הנני מוותר בזאת על סודיות כלפי כלל פנסיה, ולא תהיה לי אל כל המוסדות הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור לכלל פנסיה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר לרבות רשימת הרו-פאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מספר תעודת זהות	
כתובת מגורים		מס'	עיר	מיקוד			
שם קופת חולים		סניף		רופא מטפל			

חתימה _____ תאריך _____

עד מהימן לחתימה*

אני _____ מספר ת.ז./רישיון _____ מאשר בזה כי הנ"ל חתם בפני על כתב הויתור הנ"ל.

חתימה _____ תאריך _____

*על עד מהימן לחתום חתימה וחותמת לרבות פרטיו המלאים: שם מלא + מספר רישיון או מספר ת.ז.
 עד מהימן הנו: רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק או סוכן ביטוח.

הנחיות למילוי כרטיס עובד

יש למלא את שני העמודים של הטופס

עמוד ראשון:

יש להקפיד לציין בחלק העליון של הטופס באיזו שנת מס מדובר	שנת מס	כותרת
אין למלא סעיף זה, הסעיף ימולא על-ידי קרן הפנסיה	פרטי מעביד	סעיף א'
יש למלא את כל הפרטים האישיים	פרטי העובד	סעיף ב'
יש למלא רק אם יש לך ילדים שבשנת המס עוד לא מלאו להם 19 שנה	פרטים על ילדים	סעיף ג'
יש לסמן ב-X את האופציה "קצבה"	פרטים על הכנסות ממעביד זה	סעיף ד'
יש לסמן ב-X את האופציה המתאימה	פרטים על הכנסות אחרות *	סעיף ה'
יש למלא את הפרטים האישיים של בן/ בת זוג ואת המידע על הכנסותיו/ה	פרטים על בן / בת זוג	סעיף ו'
יש למלא אם היו שינויים בפרט כלשהו שצינת (לדוגמה, מצב משפחתי, מצב הכנסות נוספות). לגבי כל שינוי חשוב לציין את תאריך השינוי	שינויים במהלך השנה	סעיף ז'

עמוד שני:

יש לסמן ב-X את הסעיפים הרלוונטיים לך, שימ'י לב כי עבור חלק מהסיבות יש צורך לצרף אישור מיוחד	סיבות לפטור / זיכוי	סעיף ח'
רלוונטי רק אם הנך מצרף אישור תיאום מס מפקיד שומה	בקשה לתיאום מס	סעיף ט'
חובה לחתום ולכתוב תאריך	הצהרה	סעיף י'

- * אם יש לך הכנסות נוספות, ינוכה מהפנסיה מס מקסימלי אלא אם כן נקבל תיאום מס אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש באפשרותך שתי אופציות:
- לקבל את תשלום הקצבה הראשון בניכוי מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלוש שתקבל מאיתנו, בתשלום הפנסיה שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס על פי האישור מתחילת התשלומים באותה שנה.
 - לבקש שנשלח לך הפנייה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון. (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).

כרטיס עובד⁽¹⁾

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽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 למעביד למותן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להזהיר על כך תוך שבוע ימים.

{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספת. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה		שם פרטי		תאריך עליה		תאריך לידה	
כתובת פרטית		מספר טלפון							
		/							
רחוב/שכונה		מספר		עיר/ישוב		מיקוד		קידומת	
מין		מצב משפחתי		☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה		תושב ישראל		חבר בקופת חולים	
☐ זכר ☐ נקבה		☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה		☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)		☐ כן ☐ לא		☐ כן, שם הקופה _____ ☐ לא	

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

סמן/י $\sqrt{\quad}$ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

[illegible]

ו. פרטים על בן/בת הזוג

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		תאריך עליה	
☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה				☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קיצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת			

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

תאריך השינוי	פ ר ט י ה ש י נ ו י	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

נספח ב'

רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

תביעה מכח תקנון קרן הפנסיה כלל פנסיה ו/או "כלל פנסיה משלימה"

- טופס תביעה חתום ע"י העמית.
- בטופס התביעה יש למלא את כל הסעיפים, ללא הגשת הטופס מלא בשלמותו לא נוכל להמשיך לטפל בתביעה.
- צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח.
- צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון בנק ובו מצוין שם העמית, מספר ת.ז של העמית ופרטי חשבון, חתום על ידי פקיד הבנק וחומת רשמית של הבנק.
- טופס 101 חתום לשנת המס הנוכחית, חתום על ידי העמית.
- יש להשאיר את סעיף א' פתוח ללא תשובה (הוא ימולא על ידי קרן הפנסיה בלבד) ואילו את סעיף ד' חובה למלא, סעיף ה' חובה למלא בהתאם להכנסות של העמית פרט לקצבת הנכות המשולמת מהחברה.
- טופס ויתור על סודיות רפואית.
- במקרה של קבלת תשלום מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון:
 - במקרה בו הנכות נגרמה מפגיעה בעבודה כמוגדר בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה 1995, או מאירוע המזכה בגמלה בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט 1959 (נוסח משולב), או מפעולת איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה תש"ל 1970, או מאירוע מזכה בגמלה בהתאם לחוק המשטרה (נכים ונספים) תשמ"א 1981 או מאירוע מזכה בגמלה בהתאם לחוק שירות בתי הסוהר (נכים ונספים) תשמ"א 1981.
 - יש לצרף:
 1. מסמכים שהוגשו למשרד לביטוח לאומי/משרד הביטחון.
 2. אישורים על תשלומי גמלה או תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון הכוללים פרוטוקולים לרבות אחוזי הנכות שנקבעו, הסכומים ששולמו והתקופה שאושרה.
 3. במקרה של ערעור יש לצרף את החלטת הערעור.
- אישור מביטוח לאומי על גובה הפיצוי בש"ח ובאחוזים אשר שולם לך בגין תאונת עבודה או שמירת הריון.
- החלטה ופרוטוקול הוועדה הרפואית של המוסד לביטוח לאומי בנוגע לתאונת העבודה.
- במקרה של דחיית תשלום מהמוסד לביטוח לאומי / משרד הבטחון, יש לשלוח את אישור הדחייה.
- המסמכים הרפואיים הנוגעים לתביעה, המצויים בבתי חולים, במוסדות רפואיים, בידי רופאים יחידים או אצל גופים אחרים המעידים על מצבך הבריאותי.
- תלושי שכר בגין 12 חודשים לפני האירוע בגינו הוגשה תביעה.
- במידה ולא קבלת שכר החל מיום האירוע שבגינו הוגשה התביעה עליך להמציא על כך אישור ממעסיקך או למלא את סעיף 6.1 בטופס התביעה.
- תלושי שכר החל מיום האירוע בגינו הוגשה התביעה ועד ליום האחרון בו העמית הפסיק לקבל שכר ותלושי שכר.
- במידה והינך עצמאי - אישור מרואה החשבון על ממוצע הכנסותיך החודשיות החייבות במס בגין 12 חודשים לפני האירוע בגינו הוגשה התביעה וכן אישור מרואה החשבון על הכנסות החל מיום האירוע בגינו הוגשה התביעה וכל עוד קיימות הכנסות.
- פירוט הסכומים שקיבלת מהמוסד לביטוח לאומי כדמי אבטלה (במידה והינך מקבל דמי אבטלה מהמוסד לביטוח לאומי).
- במקרה שתחושב פנסיית נכות מזערית – החברה תשלח לעמית מכתב הכולל את אפשרויות העומדות בפניו, יש לסמן את האפשרות ולהחזיר לחברה.
- את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על העמית להעביר אל החברה לכתובת: רחוב ראול ולנברג 36 מגדל 8 קריית עתידים ת.ד. 58250 ת"א 6158102, או לפקס: 077-5556662.

הליך בחינת החברה לזכאות לפנסיית נכות

הגשת מסמכים

עמית התובע פנסיית נכות מהקרן, יגיש תביעתו על טופס המיועד לכך, אשר יומצא לו על-ידי החברה המנהלת. נבצר מהעמית להגיש תביעתו, תוגש התביעה על-ידי מי מטעמו. הבקשה תיתמך בתעודות רפואיות המעידות על הפגיעה בכושרו של העמית לעבוד, ועל שיעור הפגיעה.

לבקשה יצורפו בטופס המתאים, ויתור של העמית על סודיות רפואית, והסכמתו כי החברה המנהלת תקבל לידיה עותקים של כל המסמכים הרפואיים הנוגעים לו, המצויים בבתי חולים ובמוסדות רפואיים, בידי רופאים יחידים שטיפלו בו, או אצל גופים או בני אדם אחרים שברשותם מידע על מצבו הבריאותי של העמית.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהעמית, תבחן החברה את זכאות העמית לפנסיית נכות, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה ובפרט לאור הוראות הפרק התשיעי של תקנון קרן הפנסיה.

הבקשה שהגיש העמית, כולל המסמכים שצירף ומסמכים נוספים ככל שנאספו יעברו לרופא הקרן ו/או וועדה הרפואית, רופא הקרן ו/או וועדה הרפואית קובעים את יום תחילת הנכות, בהתאם למועד שבו אבד כושרו לעבוד והפך לנכה, כמו כן ייקבע את תקופת הנכות הצפויה ואת שיעוריה.

זכאות לקבלת פנסיית נכות:

הזכאות לקבלת פנסיית נכות נוצרת מהיום שבו הפך העמית לנכה, לפי קביעת הרופא או הוועדה הרפואית.

הוכר עמית פעיל כנכה על ידי רופא הקרן או הוועדה הרפואית של הקרן, יהיה זכאי לקבל פנסיית נכות, ובלבד, שהעמית היה לנכה לפני הגיעו לגיל הזכאות במסלול בו בוטח.

עמית לא פעיל, לא יהיה זכאי לקבל פנסיית נכות.

פנסיית הנכות תשולם לעמית כל עוד הוא נכה ועד להגיעו לגיל הזכאות לפנסיית זקנה במסלול בו בוטח. בהגיעו לגיל הזכאות יהיה זכאי עמית כאמור לפנסיית זקנה בלבד.

60 יום טרם סיום הנכות ישלח לנכה מכתב המעדכן אותו על סיום הנכות ועל האפשרויות העומדות בפניו.

רופא הקרן:

החברה המנהלת רשאית למנות לה רופא אחד או יותר שיפעל כרופא הקרן.

רופא הקרן יעניין בבקשה שהגיש העמית, כולל המסמכים שצירף ובמסמכים נוספים ככל שנאספו.

מצא רופא הקרן כי הנכות הנטענת הוכחה, יקבע את שיעורה, מועד תחילתה ותקופת הנכות הצפויה ויעביר את ההחלטה לביצוע. מצא רופא הקרן כי הנכות לא הוכחה – ידחה את בקשת העמית.

במקרים בהם רופא הקרן יקבע שהעמית זכאי לפנסיה נכות – תאושר הנכות מיידית על ידי החברה המנהלת. במקרים בהם יקבע רופא הקרן כי העמית אינו זכאי לפנסיה נכות – תודיע החברה המנהלת על הדחייה לעמית. רופא הקרן, רשאי, בכל עת, טרם הדחייה או האישור, להתייעץ עם רופא מומחה אשר בתחום מומחיותו נכותו של העמית.

הוכר עמית כנכה חלקי על ידי רופא הקרן או הוועדה הרפואית של הקרן, יהיה זכאי לקבל פנסיה נכות חלקית. פנסיה הנכות החלקית תחושב כמכפלת שיעור הנכות שנקבעה לו בפנסיה הנכות שלה היה זכאי לו היה מוכר כנכה מלא.

ועדה רפואית:

העמית יתייצב בפני הועדה הרפואית במועדים שיקבעו על ידי הועדה ו/או החברה המנהלת ו/או רופא הקרן.

הוועדה הרפואית של הקרן תהיה מורכבת משני רופאים שתמנה הקרן, אך העמית יהיה רשאי למנות את אחד הרופאים מטעמו במקום אחד מהרופאים שמונו על ידי הקרן. אם לא תהיה הסכמה בין שני הרופאים הנ"ל יבחר רופא שלישי על ידי שני הרופאים ותינתן החלטה על פי רוב דעות. החברה המנהלת תישא בעלות הרופא מטעם העמית, ובלבד שלא תעלה על העלות המקובלת בקרן לתשלום עבור רופא בוועדה רפואית או על התעריף המקובל במוסד לביטוח לאומי, הגבוה מבין השניים.

ועדה רפואית תבדוק את העמית והיא רשאית להורות על עריכת בדיקות רפואיות מכל סוג שהוא, וכן מבדקים ומבחנים פסיכולוגיים והעמדת העמית לבדיקה במכון לאבחון כושר העבודה. הוועדה אף רשאית להורות לעמית להתאשפז בבית חולים לצורך ביצוע הבדיקות הרפואיות.

סירובו של עמית לפעול על-פי הוראת הועדה יכול שישמש עילה לדחיית הבקשה לקביעת נכות, או לביטול קביעת הנכות - אם הסירוב היה בבדיקה חוזרת.

ועדה רפואית תקבע אם העמית הוא נכה, אם לאו. קבעה הועדה את נכות העמית, תקבע אם היא מלאה או חלקית; קבעה כי היא חלקית - תקבע את שיעור החלקיות.

הועדה תקבע את יום תחילת הנכות ואת תקופת הנכות הצפויה.

החלטת הועדה תהיה מנומקת, וככל שהיא אינה מקבלת את תוכנו של מסמך שהוצג לה - תכלול ההנמקה התייחסות אליו.

יובהר כי עמית אשר נמצא זכאי לקבלת פנסיה נכות מלאה, ומשולמת לו פנסיה נכות מהקרן, לא יוכל להפקיד לקרן במקביל לקבלת פנסיה הנכות תשלום דמי גמולים כעצמאי.

ערעור:

חפצו העמית, או הקרן, לערער על החלטת הועדה הרפואית, יוגש הערעור לחברה המנהלת בתוך 45 ימים מן המועד בו קיבלו העמית או הקרן את החלטת הועדה. יראו את העמית כמי שקיבל את ההודעה בדבר החלטת הועדה תוך 3 ימי עסקים מיום שנשלחה בדואר רשום.

הערעור ידון בפני ועדה רפואית לערעורים בלתי תלויה, היושבת באחד מבתי החולים בארץ, אשר רשאית לזמן את העמית לבדיקה. עבור הקרן תפעל בכל עת וועדה רפואית לערעורים אחת בלבד, אשר תורכב משלושה רופאים שלא השתתפו בוועדה הרפואית של הקרן, וייקבעו על-ידי בית החולים המרכז את הועדה.

החברה המנהלת תשא בהוצאות הועדה הרפואית לערעורים, אפילו הוגש הערעור על-ידי העמית.

החלטת הועדה הרפואית לערעורים בסוגיות רפואיות הינה סופית ותחייב את הצדדים לכל דבר ועניין, ולא תהיה ניתנת לערעור או לתקיפה בכל דרך שהיא.

נכות חלקית:

נכה חלקי שאינו ממשיך בעבודתו או שמעסיקו אינו משלם בגינו דמי גמולים רשאי לבחור באחת מן האפשרויות הבאות:

א. להמשיך ולשלם תשלומים כעמית עצמאי בגין חלק ההכנסה הקובעת לפני הפיכתו לנכה – שממנה אין הקרן זוקפת לזכותו דמי גמולים (להלן: "ההכנסה הלא מבוטחת"). מתשלומים אלו תנוכה עלות הכיסוי הביטוחי לפנסיית שאירים ונכות בהתאם למסלול בו בוטח בטרם הפך נכה, והנכה יהיה זכאי למלוא הזכויות בגינם של תשלומים אלה, בהתאם למסלול כאמור.

ב. לא להעביר כל תשלום בגין ההכנסה הלא מבוטחת. במקרה כאמור יהיה הנכה זכאי לפנסיית הנכות החלקית שנקבעה לו, ולא יהיה זכאי לפנסיית שאירים ולפנסיית נכות בגין ההכנסה הלא מבוטחת בשל החמרת נכות קיימת ו/או נכות שתגרם מאירוע שאינו קשור לנכותו הקיימת. כמו כן לא ייצברו לזכותו כספים לפנסיית זקנה עבור ההכנסה הלא מבוטחת.

פנסיית שאירי נכה:

פנסיית שאירי נכה תחושב באותו אופן בו מחושבת פנסיית שאירי עמית פעיל ובהתאם להכנסה הקובעת שקדמה לפטירת הנכה.

מעמדם ודינם של שאירי הנכה שנפטר, יהיו, לכל דבר ועניין, לרבות לעניין אופן חלוקת הפנסיה בין השאירים, כשל מעמדם ודינם של שאירי עמית פעיל שנפטר.

פנסיות הנכות במקרה של זכאות לקצבה ממקור אחר

(א) סכום פנסיות הנכות שתשלם הקרן לעמית הזכאי לפנסיות נכות ולקצבה ממקור אחר, בשל אותו מצב בריאותי שבעקבותיו הפך נכה, כאשר אין לעמית כאמור הכנסה כוללת, יהיה הסכום הגבוה מבין שני אלה, ובלבד שסכום פנסיות הנכות שתשלם הקרן לא יעלה על הפנסיה שמגיעה לעמית לולא הוראות סעיף קטן זה:

(1) 25% מההכנסה הקובעת כשהיא מוכפלת בשיעור הנכות.

(2) 100% מההכנסה הקובעת כשהיא מוכפלת בשיעור הנכות בניכוי בסיס הקצבה לקיזוז.

(ב) החברה המנהלת תודיע לעמית הזכאי לפנסיות נכות מן הקרן שעליו להגיש תביעה לקבלת קצבה ממקור אחר, ככל שנודע לה שלעמית זכאות לכאורה לקבלת קצבה ממקור אחר. בנוסף, תודיע החברה המנהלת לעמית על ההשלכות לעניין גובה פנסיות הנכות מהקרן אם לא יגיש תביעה לקבלת קצבה ממקור אחר או אם לא יגיש ערעור על החלטת הגוף המשלם קצבה ממקור אחר, כמפורט בסעיף קטן (ג) להלן.

(ג) במקרה שבו עמית הזכאי לפנסיות נכות מן הקרן לא פנה בתביעה לתשלום קצבה ממקור אחר תוך 45 יום מהפניית החברה המנהלת כאמור בסעיף קטן (ב), או לא הגיש ערעור על ההחלטה בעניין הזכאות לקבלת קצבה ממקור אחר בלא שניתנה לו הסכמת החברה המנהלת לאי הגשת ערעור כאמור, תשולם לו פנסיות נכות בהתאם לסעיף קטן (א)(1) לעיל, כאילו הוא זכאי לקצבה בסכום מירבי ממקור אחר.

(ד) עד לקבלת החלטה בתביעה לקבלת קצבה ממקור אחר או החלטה בערעור אם הוגש, כאמור לעיל, תשלם הקרן לעמית פנסיות נכות בסכום האמור בסעיף קטן (א)(1) לעיל.

(ה) על אף האמור בסעיף קטן (ד), הקרן תאפשר לעמית שהגיש תביעה לקבלת קצבה ממקור אחר וטרם נתקבלה החלטה בתביעתו לקבלת קצבה ממקור אחר או שהגיש ערעור על ההחלטה בעניין הזכאות לקבלת קצבה ממקור אחר וטרם נתקבלה החלטה בערעור, לקבל מקדמה בסכום ההפרש שבין סכום פנסיות נכות מלאה בקרן לבין סכום הקצבה לפי סעיף קטן (ד) (להלן: "המקדמה") למשך ששה חודשים או למשך שליש מתקופת הנכות שנקבעה בקרן, לפי התקופה הקצרה מבניהן, אשר ימנו החל ממועד תחילת תשלום פנסיות הנכות בקרן, בין אם שולמה בדרך של מקדמה ובין אם לאו.

לעניין זה, "סכום פנסיות נכות מלאה" - סכום פנסיות הנכות המתקבלת מהקרן כאשר אין זכאות לקבלת קצבה ממקור אחר.

(ו) היה עמית זכאי לקבלת קצבה ממקור אחר, וסכום תשלומי פנסיות הנכות ששולמו לו מהקרן בתקופת תשלום המקדמה נמוך מסכום תשלומי פנסיות הנכות שהיה מגיע לו מהקרן בשל אותה תקופה על אף הזכאות לקבלת קצבה ממקור אחר, תשלם הקרן בסכום חד-פעמי ובתוספת הפרשי הצמדה למדד, את הפער שבין הסכומים האמורים עבור החודשים שבהם שולמה פנסיות נכות לפי סעיף קטן (א), בניכוי המקדמה ככל ששולמה.

(ז) היה עמית זכאי לקבלת קצבה ממקור אחר, וסכום תשלומי פנסיות הנכות ששולמו לו מהקרן בתקופת תשלום המקדמה עולה על סכום תשלומי פנסיות הנכות שהיה מגיע לו מהקרן בשל אותה תקופה נוכח הזכאות לקבלת קצבה ממקור אחר, תגבה הקרן את המקדמה ששולמה לעמית ביתר בתוספת הפרשי הצמדה למדד, מפנסיות הנכות העתידיות שהוא זכאי להן, אלא אם בחר העמית לשלם את המקדמה כאמור באמצעות תשלום לקרן. אם לאחר גביית החוב מתשלומי פנסיות הנכות העתידיות נותר סכום כספי שלא הוחזר לקרן מתוך תשלומי המקדמה ששולמה ביתר, תנכה החברה המנהלת סכום זה מיתרת הזכאות הצבורה העומדת לזכות העמית. במקרה שבו יתרת הזכאות הצבורה העומדת לזכות העמית אינה מספקת לכיסוי הסכום הכספי כאמור לעיל, תפעל החברה המנהלת לגביית סכום זה מהעמית בדרכים אחרות.

(ח) יובהר כי זקיפת דמי גמולים בתקופת הזכאות לפנסיות נכות תהא, כאילו קיבל העמית את מלוא פנסיות הנכות שלה היה זכאי ללא הקיזוז לפי סעיף זה.

שחרור מתשלום דמי גמולים לנכה:

הקרן תזקוף ליתרת הזכאות הצבורה של נכה, דמי גמולים שוטפים בשיעור של 10% / 11.5% / 14.5% / 16% (שייקבע לפי חישוב ההכנסה המבוטחת) מההכנסה הקובעת בתוספת אחוז ההפקדה הממוצע לרכיב פיצויי הפיטורים מההכנסה הקובעת בתקופה לפיה חושבה ההכנסה הקובעת כפול שיעור הנכות, ובניכוי דמי ניהול רעיוניים בגובה 6% לכל נכה.

נספח ד'

מנגנון הארכת תקופת הזכאות והכללים על פיהם בוחנת החברה מחדש את הזכאות לקבלת תשלומים עתידיים

בהתאם להסדר התחיקתי, קרן הפנסיה תבחן אחת לשנה או שנתיים את זכאותם לקבלת המשך פנסיית נכות של זכאים לפנסיית נכות שנכותם הוכרה כנכות מלאה לצמיתות, בהתאם לחוזר פנסיה 2002/9 מעקב אחר מקבלי פנסיית נכות בקרנות הפנסיה. בנוסף, מעת לעת רשאים רופא הקרן או הועדה הרפואית, בין ביוזמתם, ביוזמתך או ביוזמת החברה המנהלת, לזמן אותך לוועדה נוספת, לבדיקה האם חל שינוי במצבך הבריאותי. קבעה הועדה הרפואית כי חל שינוי במצבך הרפואי, תקבע את דרגת הנכות ופנסיית הנכות תחושב מחדש בהתאם לשינוי, או, לפי הנסיבות, תופסק ההכרה בהיותך נכה והכל בהתאם לקבוע בתקנון הקרן. בקשה לבדיקה חוזרת מטעמך, לא תוגש אלא כעבור 90 יום מהבדיקה האחרונה בוועדה, ולאחר שתגיש לרופא הקרן מסמך רפואי המראה לכאורה כי חלה החמרה בנכותך לעומת קביעת הוועדה בבדיקתה האחרונה.

בנוסף, אחת ל - 5 שנים תבחן הקרן את מצבך הרפואי ביחס להחלטת הוועדה הרפואית האחרונה שנתקבלה בגינך. הבדיקה הרפואית התקופתית תיערך בהתאם לנוהל קביעת הנכות האמור בתקנון קרן הפנסיה.

לצורך בחינת זכאותך תשלח אליך קרן הפנסיה טפסים אשר הינך נדרש למלא באופן מלא וכנדרש, לצרף מסמכים ולהחזירם לקרן הפנסיה.

עם קבלת הטפסים והמסמכים כאמור תבחן הקרן את הנתונים שבטפסים ובמסמכים לאור הנתונים שעל פיהם משולמת לך פנסית הנכות.

במקרה שעל פי הנתונים העדכניים תמצא זכאי לפנסית נכות השונה מזו שהשתלמה לך בפועל, תפעל הקרן להשבת הסכומים ששולמו לך שלא על פי תקנון הקרן או לתשלום הסכומים שהיו אמורים להשתלם לך על פי תקנון הקרן, בהתאם לעניין, ותעדכן את תשלומי פנסית הנכות שישתלמו לך להבא, או תפסיקם, בהתאם לנתוניך העדכניים.

לתשומת ליבך אי מילוי טפסים כנדרש ו/או אי צירוף מסמכים עלול לגרום לעיכוב תשלומי פנסית הנכות וזאת עד להמצאת הטפסים כנדרש.

לידיעתך סעיף 54 לתקנון הקרן קובע כי בקשה לבדיקה חוזרת מטעם נכה או מטעם עמית שנדחתה תביעתו, לא תוגש אלא כעבור 90 יום מהבדיקה האחרונה בוועדה, ולאחר שהגשת לרופא הקרן דרך משרדי הקרן, מסמך רפואי המראה לכאורה כי חלה החמרה בנכותך לעומת קביעת הוועדה בבדיקתך האחרונה.

בנוסף, בהתאם להוראות סעיף 55 לתקנון הקרן, עומדת בפניך האפשרות לערער על החלטת הועדה הרפואית וזאת בפני ועדה רפואית לערעורים ותוך 45 יום ממועד קבלת מכתב זה או לחלופין להגיש תביעה לבית המשפט המוסמך. יראו אותך כמי שקיבל את הודעתנו זו תוך 3 ימי עסקים מיום שנשלחה בדואר רשום.

הערעור ידון בפני ועדה רפואית לערעורים בלתי תלויה, היושבת באחד מבתי החולים בארץ, אשר רשאית לזמנך לבדיקה. הועדה הרפואית תורכב משלושה רופאים שלא השתתפו בוועדה הרפואית של קרן הפנסיה, וייקבעו על-ידי בית החולים המרכז את הועדה.

החברה המנהלת תשא בהוצאות הועדה הרפואית לערעורים, גם במקרה בו יוגש הערעור על-ידך. החלטת הועדה הרפואית לערעורים בסוגיות רפואיות הינה סופית ותחייב את הצדדים לכל דבר ועניין, ולא תהיה ניתנת לערעור או לתקיפה בכל דרך שהיא.

את הערעור לוועדה רפואית לערעורים עליך לשלוח למשרדנו לרחוב ראול ולנברג 36 מגדל 8 קריית עתידים ת"א 6158102, או לפקס: 077-5556662.

נשמח לעמוד לרשותך בכל שאלה או הבהרה.

בכבוד רב,
מערך התביעות
כלל פנסיה וגמל
בע"מ

נספח ה'

מערכת הכללים

החברה אמצה מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור, אשר אלה עיקריה:

מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלה אצלה תביעתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך בירור התביעה.

בהקדם האפשרי לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה.

אם החברה זקוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע- על החברה לדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו נתברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

לידיעתך: בכל מקרה בו תובע לא ימציא מידע ומסמכים שהתבקשו וזאת בתוך 45 יום מהדרישה המקורית, יסתיים הטיפול בתביעה והתובע רשאי לשוב ולפנות בעניין התביעה בכפוף לדיני ההתיישנות.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנתבקשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 30 ימים ממועד זה החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעה (בדרך של תשלום או דחייה), או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור.

הודעת יישוב תביעה שתימסר לתובע, תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזר, בהתאם לאופן בו יושבה התביעה:

הודעת תשלום תכלול, בין השאר, פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שמדובר בהודעת תשלום עיתי, ההודעה תכלול בנוסף, בין השאר, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות.

הודעת דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, ההתניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה.

הודעת המשך בירור שנמסרת לתובע, תכלול את הסיבות בגין נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים. ככלל, הודעת המשך בירור תמסר לתובע כל 90 ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

הודעת המשך בירור שנמסרת לתובע, תכלול את הסיבות בגין נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים. ככלל, הודעת המשך בירור תמסר לתובע כל 90 ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

בירור תביעה בעזרת מומחה

הסתמכה החברה על חוות דעת מומחה לצורך יישוב התביעה, חוות הדעת תהיה מנומקת, ותכלול את כל הפרטים הנדרשים על פי החוזר לרבות רשימת המסמכים עליהם נסמכת חוות הדעת. חוות הדעת תועבר לידי התובע כחלק מהודעת יישוב התביעה הרלוונטית שתימסר לו.

היענות לפניית עמית או תובע

כל פניה בכתב של עמית או תובע תיענה על ידי החברה בכתב בתוך שלושים ימים לכל היותר ממועד קבלת הפניה בחברה.

בקשה של תובע לקבל העתק מהפוליסה תיענה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה.

בקשה של תובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע חתום עליו או ממסמך אשר הגיע לידי החברה מהתובע או בהסכמתו, תיענה בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה.

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 לחוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>.

טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור"

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(7)	דרישה מידה ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים
8(יד)	מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימים
8(טו)(1)	מסירת העתק מתקנון	14 ימי עסקים
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים