

לקוח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך קבלת קצבת שארים מקרן הפנסיה "כלל פנסיה" ו/או "כלל פנסיה משלימה".

את הטופס והמסמכים הנדרשים אנא העבר אלינו, לכתובת:

כלל פנסיה וגמל בע"מ, רח' ראול ולנברג 36, ת.ד. 5820 תל אביב 6158102

לפקס שמספרו: 077-5556662

או לדוא"ל pension_claim2@clal-ins.co.il

כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות. מתן כתובת הדוא"ל עשוי לייעל את הטיפול בענייך.

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 ג'** להלן, אשר החברה אימצה לשם כך.

שאר/מוטב/יורש 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. לפרטים נוספים בעניין בחינת החברה את זכאותך לקצבת שארים ראה **נספח ב'** להלן.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהשאר/מוטב/יורש, תבחן החברה את זכאות השאר/מוטב/יורש לקצבת שארים, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת משני אלה: תשלום או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר לשאר/מוטב/יורש בהתאם למקרה שעל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (**נספח ג'**).

יודגש כי תביעה לקבלת קצבת שארים מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 ועל פי הוראת תקנון הקרן לאחר 7 שנים מיום האירוע המזכה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לקבלת קצבת שארים כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית דין לעבודה עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

נבקש להביא לידיעתך, כי במידה שתבחר לשהות מחוץ לישראל במשך תקופה העולה על שישה חודשים, עליך ליידע את כלל פנסיה וגמל בדבר יציאתך מחוץ לישראל וכן להמציא מסמך "אישור חיים" לצורך המשך קבלת קצבה חודשית.

נבקשך לציין את פרטייך האישיים לצורך יצירת קשר עמך בתקופת שהותך בחו"ל.

על מנת להגיש תביעה לקבלת קצבת שארים על פי תקנון קרן הפנסיה, על השאר/מוטב/יורש למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב **כנספח א'**, בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב.

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, קרית עתידים, ת.ד. 58250 תל אביב 6136902 או לפקס 5556662-077.

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 כל כתובת או פקס אחרים, לרבות לא אל סוכן הביטוח.

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



המסמכים הנדרשים מהתובע לצורך הגשת תביעה לקבלת קצבת שאירים

שאייר/מוטב/יורש התובע קצבת שאירים מהקרן, יגיש תביעתו על טופס המיועד לכך, אשר יומצא לו על-ידי החברה המנהלת. לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים, תבחן החברה את זכאותו לקצבת שאירים, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה.

להלן רשימת המסמכים הדרושים לצורך טיפול בתביעת שאירים:

- טופס תביעה חתום.
- בטופס התביעה יש למלא את כל הסעיפים, ללא הגשת הטופס מלא בשלמותו לא נוכל לטפל בתביעה.**
- צילום תעודת זהות כולל ספח של כל השאירים מעל גיל 18. במידה והשאיר אינו כשיר לחתום על הטופס, יחתום על הטופס האפוסטרופוס שנקבע לו על פי דין.
- טופס 101 חתום לשנת המס הנוכחית ממולא ע"י כל שאיר בנפרד, במידה ויש יתום קטין על האפוסטרופוס למלא בשמו.
- יש להשאיר את סעיף א' פתוח ללא תשובה (הוא ימולא על ידי קרן הפנסיה בלבד) ואת סעיף ה' חובה למלא בהתאם להכנסות של התובע.**
- טופס ויתור על הסודיות הרפואית של המנוח, חתום ע"י היורשים החוקיים.
- צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון בנק (הכולל את שם השאיר, מספר ת.ז. ופרטי חשבון, חתום על ידי פקיד הבנק וחותמת רשמית של הבנק) – עבור כל אחד מהשאירים. במקרה שאחד השאירים הינו קטין – יש לצרף צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון של ההורה או האפוסטרופוס בצירוף כתב שיפוי.
- צו ירושה או צוואה בצירוף צו קיום צוואה – מקור או העתק עם חותמת נאמן למקור.
- תעודת פטירה עם חותמת נאמן למקור.
- הודעה על מקרה המוות מאומתת ומאושרת ממשד הפנים (תמצית רישום ממרשם האוכלוסין במקרה שהפטירה ארעה מחוץ לשטח מדינת ישראל).
- מסמכים רפואיים הנוגעים לתביעה, המצויים בבתי חולים ובמוסדות רפואיים, בידי רופאים יחידים או אצל גופים או בני אדם אחרים שברשותם מידע על סיבת הפטירה/הודעת פטירה.
- פסק דין מערכאה שיפוטית מוסמכת לפיו האלמן/אלמנה הוכר "כידוע בציבור" של המנוח או אישור מביטוח לאומי על תשלום קצבת שאירים לאלמן/אלמנה.
- במקרה שתחושב קצבת שאירים מזערית – החברה תשלח לשאירים מכתב הכולל את האפשרויות העומדות בפניהם, יש לסמן את האפשרות הרצויה ולשלוח את המכתב אל החברה.

ייצוג ע"י עורך דין

- ככל שהנך מיוצג ע"י עו"ד, יש לצרף ייפוי כוח חתום כנדרש.
- שים לב,** במידה ולא יתקבל ייפוי כוח תקין הטיפול בתביעה יתבצע מול מגיש התביעה בלבד.

יודגש כי תביעה לקבלת קצבת שאירים מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 ועל פי הוראת תקנון הקרן לאחר 7 שנים מיום האירוע המזכה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לקבלת קצבת שאירים כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית דין לעבודה עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום הזכאות, כולה או חלקה, או במועד קיומה.

נשמח לעמוד לרשותך בכל שאלה או הבהרה בטלפון 03-6387820.

בכבוד רב,
מחלקת תביעות
כלל פנסיה וגמל בע"מ



נספח א' – בקשה לתשלום קצבת שאירים

נא למלא את כל השדות בטופס (חובה).
הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

"כלל פנסיה" – קרן מקיפה "כלל פנסיה משלימה" – קרן כללית משלימה

1. פרטי המנוח					
ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מצב משפחתי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
שם קופ"ח בה טופל המנוח					

2. פרטי מגיש התביעה					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
תאריך לידה		מס' טלפון		מס' נייד	
רחוב		מספר בית		מספר דירה	
כתובת דואר אלקטרוני		מספר בית		מספר דירה	
@					

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) **דואר רגיל**

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454

3. פרטי המקרה	
תאריך פטירה	סיבת פטירה
____/____/____	<input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> התאבדות <input type="checkbox"/> אחר _____

4. פרטי שארי המנוח						
מספר	קרבה למנוח	מספר ת. זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין
1						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
2						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
3						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
4						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
5						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

על פי תקנון קרן הפנסיה שאירים הם בן/בת זוג (נשוי/אה כדין או ידוע/ה בציבור) וילדים עד גיל 21.





5. פרטי חשבון בנק

תשלום קצבת שאירים ליתומים ייעשה באמצעות האלמן. אם האלמן אינו הורה של היתומים תשלום הקצבה באמצעות אפוטרופוס שמונה כדין. היתום יהא רשאי לקבל את קצבת השאירים שלה הוא זכאי לחשבון הרשום על שמו.

מספר	קרבה למנוח	מספר ת. זהות	שם בעל החשבון	שם בנק	מספר סניף	מספר חשבון
1						
2						
3						
4						
5						

חובה לצרף אישור בנק הכולל שם מלא + ת.ז. + מס'. חשבון + מס' סניף + חתימה וחותמת של הבנק, או לחלופין המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.

6. כתובת מגורים שארי המנוח

מספר	קרבה למנוח	עיר	רחוב	מספר בית	נייד	דוא"ל
1						
2						
3						
4						
5						

7. היוון קצבת אלמן

אלמן של עמית הזכאי לקצבה בהתאם לתקנון זה, רשאי להוון את הקצבה בשיעור של עד 25% מקצבת השאירים לה הוא זכאי לתקופה של עד חמש שנים, ובלבד שסכום הקצבה שישולם לו לאחר ההיוון לא יהיה נמוך מסכום הקצבה המזערי (כהגדרתו בסעיף 23 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, במועד אישור תקנון 6/2018 הסכום עומד על 4,458 ₪).

ברצוני להוון: % _____ (עד 25%) לתקופה של _____ (עד 5 שנים)

שים לב, לא ניתן יהיה לחזור מבקשת היוון הקצבה לאחר קבלת סכום ההיוון.

8. היוון קצבת יתומים

יתומים אשר ביום פטירת העמית היה גילם מעל 18 שנים וטרם מלאו להם 21 שנים ואף אחד מהם אינו בן עם מוגבלות והעמית לא הותיר אחריו אלמן, יהיו זכאים לוותר על זכאותם לקבלת קצבת שאירים ולקבל את סכום הקצבה המהוונת בהתאם לפרטי היתום הרלוונטי.

ברצוני לוותר על זכאותי לקבלת קצבת שאירים ולקבל את סכום הקצבה המהוונת כסכום חדש פעמי.

שים לב, לא ניתן יהיה לחזור מבקשת היוון הקצבה לאחר קבלת סכום ההיוון.

* ככל וסעיף זה מולא ע"י שאיר שאינו עומד בתנאים לצורך היוון וזאת בהתאם למועד האירוע המזכה והתקנון הרלוונטי למועד זה, חישוב הקצבה יתבצע כאילו לא מולא סעיף זה.

9. קצבת שאירי אלמן הכוללת תקופת תשלומים מובטחים

אלמן של עמית הזכאי לקצבה, יהא זכאי לתשלומים מובטחים לתקופה של 240 חודש, ובלבד שגילו של האלמן בתום תקופת התשלומים המובטחים לא יעלה על 87.

במקרה של פטירת אלמן לפני תום תקופת התשלומים המובטחים, הערך המהוון של יתרת חודשי הקצבה ישולמו בתשלום חד פעמי לידי המוטבים של האלמן, ובאין מוטבים ליורשים של האלמן.

שים לב, אפשרות זו קיימת במקרים שתאריך הפטירה בקרן המקיפה הינו לאחר 31/5/2018 ובקרן המשלימה תאריך הפטירה הינו לאחר 31/12/2021.

פרטי מוטבים לתשלום תקופת תשלומים מובטחים (יש למלא את פרטי המוטבים)

מספר	שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	שיעור %
1				%
2				%
3				%
4				%

10. חתימת השאירים (מעל גיל 18)

מספר	שם מלא	תעודת זהות	חתימה
1			
2			
3			
4			

11. כתב התחייבות

אני הח"מ מאשר בזאת כי:

- כל הנתונים שנמסרו על ידי/או על ידי מי מטעמי בטופס זה הינם נכונים ומלאים.
- הנני מתחייב להמציא לכם כל מסמך או תצהיר שיתבקשו לצורך הוכחת פרטים שמולאו בטופס זה לצורך תשלום קצבת שאירים.
- למעט השאירים שפרטיהם מולאו בטופס זה, למיטב ידיעתי למנוח לא קיימים שאירים נוספים.

שם מלא _____ תאריך _____ חתימת מגיש הבקשה _____

יודגש כי תביעה לקבלת קצבת שאירים מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 ועל פי הוראת תקנון הקרן לאחר 7 שנים מיום האירוע המזכה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לקבלת קצבת שאירים כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית דין לעבודה עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

- אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, 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. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

תאריך _____ חתימה _____ **איני מאשר.**



כתב ויתור על סודיות רפואית

אל: _____
(יש למלא את פרטי המנוח)

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר תעודת זהות
שם קופת חולים	סניף	רופא מטפל	

אנו החתומים מטה, יורשיו הבלעדיים של המנוח _____ ז"ל (להלן "המנוח"), נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ולקופת חולים, בית חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, וכן משרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הביטחון ו/או לכל עובד של גוף מוסדי, חברת ביטוח או חברה מנהלת של קרן פנסיה, ואדם אחר כלשהו למסור לכלל פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "כלל פנסיה") ו/או מי מטעמם את כל המידע ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש הנ"ל על מצב בריאותו ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי של המנוח ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחלה בה ואנו משחררים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים או כל סניף מסניפיכם ולרבות גופים מוסדיים, חברות ביטוח וחברות מנהלות של קרנות פנסיה מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או השיקומי ו/או הסייעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתו ו/או מחלתו של המנוח הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמכם להגיש בשמנו בקשת עיון ולעין במידע אודות המנוח המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

מבלי לפגוע באמור לעיל, הרינו מתירים בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שם המנוח במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח ומשלם לנו ולא תהיינה לנו כל טענה או תביעה אליכם מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל.

כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עזבון המנוח ובאי כוחנו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו.

ולראיה באנו על החתום

שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____
 שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____
 שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____
 שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____

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 וחותרת 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

כותרת	שנת מס	יש להקפיד לציין בחלק העליון של הטופס באיזו שנת מס מדובר.
סעיף א'	פרטי מעביד	אין למלא סעיף זה, הסעיף ימולא ע"י קרן הפנסיה.
סעיף ב'	פרטי העובד	יש למלא את כל הפרטים האישיים.
סעיף ג'	פרטים על בן/בת זוג	יש למלא את הפרטים האישיים של בן/בת זוג ואת המידע על הכנסתיו/ה.
סעיף ד'	פרטים על ילדים	יש למלא רק אם יש לך ילדים בשנת המס ועוד לא מלאו להם 19 שנה.
סעיף ה'	פרטים על הכנסות אחרות	יש לסמן את האופציה המתאימה.
סעיף ו'	אישורים מצ"ב	יש לסמן במידה וקיים אישור פקיד שומה לתיאום מס ולצרף את המסמך.
סעיף ז'	סיבות לפטור/זיכוי ממס	יש לסמן את הסעיפים הרלוונטיים לך.
סעיף ח'	הצהרה	חובה לחתום ולציין תאריך.

- אם יש לך הכנסות נוספות ינוכה מהקצבה מס מקסימלי, אלא אם כן התקבל תיאום מס.
- אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש באפשרותך 2 אופציות:

1. לקבל את תשלום הקצבה הראשון בניכוי מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלוש שתקבל מאיתנו, בתשלום הקצבה שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס ע"פ האישור מתחילת התשלומים מתחילת השנה.
2. לבקש שנשלח לך הפניה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).



ג 0101/130

למילוי ע"י גימלאי/ת

כרטיס עובד⁽¹⁾

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

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

שנת המס



סמך/י ✓ בריבוע המתאים

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

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 ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת פרטית	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר תעודת זהות	מיקוד	עיר/ישוב
כתובת דואר אלקטרוני	חבר קיבוץ/ מושב שיתופי	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר בקופת חולים	שם הקופה
	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה	

ג. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<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				

ד. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ה. פרטים על הכנסות אחרות

סמך/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבלת בגיניו קצבת ילדים מב"ל		שם	מספר זהות	תאריך לידה
1				
2				

- אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות⁽¹⁾
- יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
 - משכורת חודש⁽²⁾
 - משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾
 - מלגה⁽¹⁾
 - ממקור אחר
 - שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾
- קצבה⁽⁶⁾

ו. אישורים מצ"ב

אישור פקיד השומה לתיאום מס.

ז. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות

1. 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.
2. אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מזכה⁽⁷⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב. ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.
3. אני הורה במשפחה חד הורית⁽⁸⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 4 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
4. בגין ילדיי שבחוקתי המפורטים בחלק ד. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽⁹⁾.
 - מספר ילדים שנוולו בשנת המס _____.
 - מספר ילדים שימלאו להם 5 שנים בשנת המס _____.
 - מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
 - מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____.
5. בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 4 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽⁹⁾.
 - מספר ילדים שנוולו בשנת המס _____.
 - מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____.
6. אני הורה יחיד⁽⁹⁾ לילדים שבחוקתי (המפורטים בסעיף 4 ו-5 לעיל).
7. בגין ילדיי שאינם בחוקתי המפורטים בחלק ד ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
8. אני הורה לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים, בגינו 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. לילדי, בגינו אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
9. בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. (מצורף פסק דין).
10. בגין סיוע לימודים לתואר אקדמי, סיוע התמחות או סיוע לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ח. הצהרה

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

חתימת הגימלאי/ת

תאריך



דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעביד"** אדם המשלם משכורת. **"משכורת"** הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מלגה 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 שאז 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 שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) **קצבה** - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) **ישוב מזכה** - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.
- (8) **הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה:** רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (9) **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.



נספח ב': הליך בחינת החברה לזכאות לקצבת שאירים

הגשת מסמכים

שאר התובע קצבת שאירים מהקרן, יגיש תביעתו על טופס המיועד לכך, אשר יומצא לו על-ידי החברה המנהלת. נבצר מהשאר להגיש תביעתו, תוגש התביעה על-ידי מי מטעמו.

לבקשה יצורפו בטופס המתאים, צו ירושה או צו קיום צוואה, ויתור של העמית על סודיות רפואית, והסכמתו כי החברה המנהלת תקבל לידיה עותקים של כל המסמכים הרפואיים הנוגעים למנוח, המצויים בבתי חולים ובמוסדות רפואיים, בידי רופאים יחידים שטיפלו במנוח, 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 התובע לקצבת שאירים, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה.

במידת הצורך הבקשה שהגיש התובע, כולל המסמכים שצירף ומסמכים נוספים ככל שנאספו יעברו לרופא הקרן ו/או וועדה הרפואית, רופא הקרן ו/או וועדה הרפואית קובעים האם מדובר במחלה קודמת. בהתאם להחלטה זו יקבע האם תשולם התביעה ואופן חישוב הקצבה כעמית מבוטח או עמית לא מבוטח.

זכאים להגיש בקשה לקצבת שאירים:

1. לגבי עמית - בן/בת זוג נשוי/אה כדין.
2. אלמן של פנסיונר - מי שהיה בן זוג של פנסיונר במועד פרישתו, והקצבה ששולמה לפנסיונר חושבה על פי נתוניו;
3. מי שהוכר כידוע בציבור לפי החלטת ערכאה שיפוטית מוסמכת או לפי החלטת החברה המנהלת בכפוף לכך שהמוסד לביטוח לאומי הכיר בו כידוע בציבור.
4. ילדים שבמועד פטירת העמית גילם מתחת ל-21.
5. בן עם מוגבלות (בהתאם למפורט בתקנון).
6. הורה (בהתאם למפורט התקנון).

שאירי פנסיונר

זכאות לקבלת קצבת שאירי פנסיונר

1. שאיריו של פנסיונר שנפטר וקצבתו חושבה כך ששאיריו יהיו זכאים לקצבת שאירים, יהיו זכאים עם פטירתו לקבלת קצבת שאירים בהתאם להוראות התקנון.
2. זכאותו של בן זוג לקבלת קצבת שאיר לאחר פטירתו של פנסיונר לא תיגרע אם בני הזוג התגרשו לאחר שהחל לקבל קצבת זקנה, אלא אם נקבע אחרת בפסק דין או צו שיפוטי.

שיעור הקצבה לשאירי פנסיונר

קצבת שאירי פנסיונר תחושב ע"י מכפלת קצבת הזקנה ששולמה לפנסיונר בעד חודש התשלום האחרון, בשיעור הקצבה שבחר הפנסיונר לבטח את אותו שאיר בבקשה שהגיש לקבלת קצבת זקנה ושלפיו חושבה קצבת הזקנה של הפנסיונר.

עמית הפורש לזקנה שאין לו בן זוג במועד הגשת הבקשה לקבלת קצבת זקנה, יקבל קצבת זקנה ללא ביטוח לקצבת שאירי בן זוג של פנסיונר.



עמית הפורש לזקנה ויש לו בן זוג, יבחר את שיעור הקצבה מתוך קצבת הזקנה שלו שישולם לאלמן לאחר מותו. עמית שיש לו יותר מבן זוג אחד יבחר במסגרת הבקשה את שיעור הקצבה שישולם לכל אחד מבני הזוג.

שיעור הקצבה לבן זוג שבחר העמית בהתאם לסעיף זה לא יפחת מ-30% מקצבת הזקנה לה הוא זכאי.

סך שיעורי קצבאות השאירים שהעמית יבחר שישולם לשאיריו (בן זוג וילדים) לא יעלה על 100% מקצבת הזקנה לה הוא זכאי.

עמית הפורש לזקנה שיש לו ילדים, יהיה רשאי לבחור במסגרת הבקשה לקבלת קצבת זקנה לבטח את ילדיו בקצבה שתשולם להם לאחר מותו וכל עוד הם מוגדרים כשאירים לפי תקנון זה.

משך הזכאות לקבלת קצבת שאירי פנסיונר

תום הזכאות לקבלת קצבת שאירי פנסיונר יהיה המוקדם מבין אלה:

1. לגבי אלמן - היום האחרון לחודש פטירתו, ואף אם נישא מחדש;
2. לגבי שאירים שאינם אלמן - בתום החודש בו חדלו להיות שאירים לפי תקנון הקרן.

קצבת זקנה הכוללת תקופת תשלומים מובטחים

עמית רשאי לבחור במועד הבקשה לקבלת קצבת זקנה בתקופת תשלומים מובטחים, ובלבד שגילו בתום תקופת התשלומים המובטחים לא יעלה על 87 ושלא היה זכאי לקבלת קצבת נכות במהלך 24 החודשים שקדמו למועד הגשת הבקשה.

נפטר פנסיונר שבחר בתקופת תשלומים מובטחים במהלך תקופת התשלומים המובטחים, יהיו שאיריו, כל עוד יהיו מוגדרים כשאירים לפי תקנון זה, זכאים שתשלומנה להם בנוסף לקצבאות השאירים, קצבאות נוספות אשר סכומן הכולל יהיה שווה להפרש שבין הקצבה האחרונה ששולמה לפנסיונר לבין סך קצבאות השאירים המקוריות (ההפרש יכונה להלן - **תוספת תשלומים מובטחים**), וזאת עד תום תקופת התשלומים המובטחים או עד תום תקופת הזכאות לקבלת קצבת שאירים, לפי המוקדם. הסתיימה תקופת הזכאות לקבלת קצבת שאירים של שאיר מסוים ולא הסתיימה תקופת התשלומים המובטחים, תשולם יתרת תוספת התשלומים המובטחים של אותו שאיר, כקצבה או כסכום מהוון בהתאם לבחירת השאיר.

בחר עמית בתקופת תשלומים מובטחים שבסופה גילו יעלה על 87, תקוצר באופן אוטומטי תקופת התשלומים המובטחים למספר החודשים שבסופם יהיה גיל העמית 87;

נפטר פנסיונר לפני תום תקופת התשלומים המובטחים ואין לו שאירים, יהיו זכאים מוטביו, ובהיעדר מוטבים - יורשיו, לקבל מהקרן את סכומן המהוון של הקצבאות הנוותרות בתשלום חד פעמי, השווה למכפלת קצבת הזקנה בחודש התשלום האחרון טרם פטירתו של הפנסיונר בהתאם למספר חודשי התשלום שנותרו עד לתום תקופת התשלומים המובטחים.

נפטר שאיר של פנסיונר הזכאי לתוספת תשלומים מובטחים, בטרם נסתיימה תקופת התשלומים המובטחים, תשולם תוספת התשלומים המובטחים שנותרה לשאירים האחרים בחלוקה שווה בין השאירים האחרים, ובהיעדר שאירים אחרים ישולמו התשלומים המובטחים שנותרו כסכום מהוון ליורשים של השאיר.

בחר עמית בתקופת תשלומים מובטחים שבסופה גילו יעלה על 87, תקוצר באופן אוטומטי תקופת התשלומים המובטחים למספר החודשים שבסופם יהיה גיל העמית 87;

היוון קצבה של פנסיונר

1. שאיר של פנסיונר הזכאי לקצבה בהתאם לתקנון זה רשאי להוון את קצבתו בשיעור של עד 25% מקצבת השאירים לה הוא זכאי לתקופה של עד חמש שנים.

2. במשך תקופת ההיוון שבחר השאיר, יקבל השאיר את הקצבה החודשית שהייתה מגיעה לו אלמלא ההיוון, כשהיא מופחתת בשיעור ההיוון.

3. מתום תקופת ההיוון שבחר השאיר, יהיה זכאי השאיר למלוא הקצבה לה היה זכאי אלמלא ההיוון.



שאירי פנסיונר שבחר בהיוון קצבה

1. שאיריו של פנסיונר שבחר בהיוון קצבה ונפטר במהלך תקופת ההיוון, יהיו זכאים למלוא קצבת השאירים להם זכאים, כאילו לא בוצע ההיוון.
2. שאירי פנסיונר שבחר בהיוון קצבה ובנוסף בתשלומים מובטחים, ונפטר במהלך תקופת ההיוון ולפני שנסתיימה תקופת התשלומים המובטחים, יהיו זכאים לקצבה השווה לקצבה ששולמה לפנסיונר בחודש התשלום האחרון טרם פטירתו (וחושבה לאחר ההיוון), וזאת עד לתום תקופת ההיוון או תום תקופת התשלומים המובטחים, המוקדם מבניהם.

אופן חלוקת קצבת שאירי פנסיונר בין אלמנות

עמית שיש לו יותר מבן זוג אחד יבחר במסגרת הבקשה את שיעור הקצבה שישולם לכל אחד מבני הזוג.

שאירי עמית

קצבת שאירי עמית מבוטח

במקרה של פטירת עמית, שאיריו יהיו זכאים לקצבת שאירי **עמית מבוטח** בהתקיים כל התנאים שלהלן:

1. הסתיימה תקופת אכשרה של 60 חודשים טרם מועד פטירת העמית.
2. פטירת העמית לא נגרמה מאירוע או מחלה שהוחרגה.
3. במועד הפטירה העמית טרם הגיע לגיל תום תקופת ביטוח.
4. העמית המבוטח לא ויתר על כיסוי ביטוחי לשאירים או כיסוי לבת זוג.
5. התביעה לקבלת קצבת שאירים הוגשה לחברה המנהלת בתוך שבע שנים ממועד הפטירה.

חישוב קצבת שאירי עמית מבוטח

1. קצבת שאירי עמית מבוטח תחושב באופן הבא:

חלקו היחסי של כל שאירי X (שיעור כיסוי ביטוחי לשאירים * X השכר הקובע)

* שיעור הכיסוי לשאירים בהתאם למסלול בו מבוטח העמית.

על אף האמור לעיל, סכום קצבאות שאירי עמית מבוטח לא יעלה על סכום הקצבה הבסיסית לשאירים.

2. פקעה זכאותו לקצבה של אחד היתומים שאינו בן עם מוגבלות, תחושבנה קצבאות היתומים האחרים שאינם בן עם מוגבלות מחדש (**בקרן המקיפה הינו לאחר 31/5/2018 ובקרן המשלימה תאריך הפטירה הינו לאחר 31/12/2021**).

3. עלתה יתרת הזכאות הצבורה של העמית המבוטח על הערך המהוון של קצבאות השאירים, תוגדל הקצבה לשאירים בשיעור המתקבל מחלוקת יתרת הזכאות הצבורה בערך המהוון של הקצבאות. שאירי רשאי להוון את החלק בקצבת השאירים שהוגדל לפי סעיף זה וזאת על ידי מכפלת החלק שהוגדל בקצבת השאירים כאמור במקדם ההמרה של השאיר.

4. הותיר אחריו העמית המבוטח יותר מאלמן אחד, תחולק הקצבה המחושבת בין האלמנים בחלקים שווים.

חישוב קצבת שאירי עמית לא מבוטח

1. האלמן של **עמית לא מבוטח** זכאי לקצבה שתחושב ע"י חלוקת החלק היחסי של האלמן **מתוך היתרה הצבורה** של העמית שנפטר במקדם המרה שהתאם לגילו, מינו ושנת לידתו.

יתום של **עמית לא מבוטח** יהיה זכאי לקצבה שתחושב על ידי חלוקת החלק היחסי של היתומים מתוך היתרה הצבורה של העמית שנפטר בסך מקדמי ההמרה של היתומים (מקדם המרה יחושב לכל יתום בנפרד בהתאם לגילו).



2. החלק היחסי של האלמן ושל היתומים ביתרה הצבורה של העמית יחושב כמכפלת השיעורים המפורטים להלן ביתרה הצבורה של העמית:
א. לגבי אלמן - חלוקת סכום מקדמי ההמרה לאלמן בהתאם לגילו, מינו ושנת לידתו של כל אלמן (כקבוע **בנספח לתקנון**) בסכום מקדמי ההמרה.
ב. לגבי יתומים - חלוקת מחצית מסכום מקדמי ההמרה ליתומים כאשר מקדם ההמרה יחושב לכל יתום בנפרד בהתאם לגילו, (כקבוע **בנספח לתקנון**) בסכום מקדמי ההמרה.
בסעיף זה, "**סכום מקדמי ההמרה**" - מקדם ההמרה לאלמן בתוספת סכום מקדמי ההמרה ליתומים.
3. הותר אחריו עמית לא מבוסס יותר מאלמן אחד, יחולק החלק היחסי של האלמן ביתרה הצבורה, בין האלמנים בחלקים שווים. קצבת כל אחד מהאלמנים תחושב על ידי חלוקת חלקו של האלמן מתוך החלק היחסי של היתרה הצבורה.
4. יובהר כי בעת פטירת אחד האלמנים, לא יחול שינוי בקצבאות המשולמות לאלמנים הנותרים.

תקופת תשלומים מובטחים לאלמן

בקרן המקיפה רלוונטי למקרי פטירה לאחר תאריך 31/5/2018 ובקרן המשלימה רלוונטי למקרה פטירה לאחר תאריך 31/12/2021 - אלמן של עמית הזכאי לקצבה, יהא זכאי לתשלומים מובטחים לתקופה של 240 חודש, ובלבד שגילו של האלמן בתום תקופת התשלומים המובטחים לא יעלה על 87.

קצבת מינימום לשאירים

בקרן המקיפה רלוונטי למקרי פטירה לאחר תאריך 31/5/2018 ובקרן המשלימה רלוונטי למקרה פטירה לאחר תאריך 31/12/2021 - היה סכומן של כלל קצבאות השאירים בחודש התשלום הראשון נמוך מקצבת מינימום, יהיה רשאי כל אחד מהשאירים, לבחור בין קבלת קצבת שאירים חודשית, בניכוי דמי ניהול לבין משיכת חלקו ביתרה הצבורה של העמית שנפטר.

בקרן המקיפה רלוונטי למקרי פטירה לפני תאריך 1/6/2018 ובקרן המשלימה רלוונטי למקרה פטירה לפני תאריך 1/1/2022 - היה סכומן של כלל קצבאות השאירים בחודש התשלום הראשון נמוך מקצבת מינימום, יהיה רשאים כל השאירים יחד, לבחור בין קבלת קצבת שאירים חודשית, בניכוי דמי ניהול לבין משיכת היתרה הצבורה של העמית שנפטר, ובלבד שתהיה הסכמת כל השאירים לכך.

היוון קצבת שאירים

בקרן המקיפה רלוונטי למקרי פטירה לאחר תאריך 31/5/2018 ובקרן המשלימה רלוונטי למקרה פטירה לאחר תאריך 31/12/2021 - נפטר עמית וביום פטירתו היו יתומים שגילם מעל 18 שנים וטרם מלאו להם 21 שנים ואף אחד מהם אינו בן עם מוגבלות והעמית לא הותר אחריו אלמן, יהיו היתומים זכאים לוותר על זכאותם לקצבת שאירים ולקבל את סכום הקצבה המהווה.

היוון קצבת אלמן - אלמן של עמית הזכאי לקצבה בהתאם לתקנון זה רשאי להוון שיעור של עד 25% מקצבת השאירים לה הוא זכאי לתקופה של עד חמש שנים, ובלבד שסכום הקצבה שישולם לו לאחר ההיוון לא יהיה נמוך מסכום הקצבה המזערי.

בקרן המקיפה רלוונטי למקרי פטירה לפני תאריך 1/6/2018 ובקרן המשלימה רלוונטי למקרה פטירה לפני תאריך 1/1/2022 - כל אחד משאירי העמית הזכאי לפנסיה שאירים יהיה רשאי להוון עד 25% מקצבת השאירים שהוא זכאי לה, לתקופה של עד 5 שנים, אם סכום הפנסיה הראשונה שתשולם לכלל השאירים לא יפחת לאחר ההיוון משכר המינימום במשך.



נספח ג: מערכת הכללים ליישוב תביעות

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.

לאחר שהתקבלו אצל החברה מסמכי התביעה, החברה תמסור לעמית 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 מ-5 ימי עסקים מהיום בו נתברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

לידיעתך: בכל מקרה בו תובע לא ימציא מידע ומסמכים שהתבקשו וזאת בתוך 30 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 01 ימי עסקים 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 בגינן 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 30 ימים לכל היותר ממועד קבלת הפניה בחברה.

בקשה של תובע לקבל העתק מהתקנון 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 9-9-2016 (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 וחסכון במשרד האוצר

בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>

טבלת מועדים לטיפול בבקשות עמיתים שמועד האירוע מזכה בקרן המקיפה עד ליום 1.6.2018 ובקרן המשלימה עד ליום 1.1.2022

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(7)	דרישה מידע 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	60-30 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

טבלת מועדים לטיפול בבקשות עמיתים שמועד האירוע מזכה בקרן המקיפה החל מיום 1.6.2018 ובקרן המשלימה החל מיום 1.1.2022

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(7)	אישור קבלת בקשה ודרישת מידע נוסף לפי הצורך	5 ימי עסקים
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה	עד 10 ימי עסקים
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	60-30 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים
8(יד)	מענה בכתב לפניות הציבור	30 ימים
8(טו)(1)	מסירת העתקים מתקנון	14 ימי עסקים
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים

