

## לקוח/ה יקר/ה

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

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](mailto:pension_claim2@clal-ins.co.il)

**אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו 03-6387820**

בברכה,

מערך התביעות

כלל פנסיה וגמל בע"מ

## הליך בירור ויישוב תביעה

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" ("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. נבחר 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 בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

<sup>1</sup> 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'

### 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.

#### 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 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.

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 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 2011-9-5 (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>.

## תביעה לתשלום פנסיית נכות מלאה / נכות חלקית

### 1. פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר הזהות		תאריך לידה	
כתובת מגורים	רחוב	מס'/ת"ד	יישוב	מיקוד	מין	מצב משפחתי	
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/>	
מספר טלפון		מספר הנייד		דוא"ל		@	

### 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'...)  
 תאונת דרכים

### 4. פרטי בן / בת זוג

שם משפחה		שם פרטי		מספר הזהות		תאריך לידה	
כתובת מגורים	רחוב	מס'/ת"ד	יישוב	מיקוד	מין	מצב משפחתי	
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/>	
מספר טלפון		מספר הנייד		דוא"ל		@	

### 5. פרטי ילדים

מס' תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מצב משפחתי
1	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/>
2	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/>
3	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/>
4	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/>
כתובת מגורים	מס'	עיר	מיקוד	סלולרי	דואר אלקטרוני
1					
2					
3					
4					

### 5. 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 וחותמת של הבנק, או לחילופין המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.

### 6. מועד האירוע לתביעה: תאריך פריצת המחלה או קרות האירוע

תאריך פריצת המחלה או קרות האירוע

6.1 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 וחותמת 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 הינך מרותק למיטה / ביתך על פי הוראות הרופא? אם כן - עד מתי? \_\_\_\_\_

8.9 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)

8.10 האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה / מחלה? אלו בעיות רפואיות? ממתן סבלת מאותן בעיות רפואיות

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

8.12 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')

8.13 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 מפעלת איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תשל"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:

8.14 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?

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

8.16 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

כתובת

מס' טלפון

כתובת מייל

כמו כן יש לצרף יפוי כוח של איש קשר זה

הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרת 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 פנסיית נכות מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח - 1958 לאחר 7 שנים מהיום שבו הפכת לנכה, לפי קביעת חופא הקרן או הועדה הרפואית של הקרן. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לקבלת פנסיית נכות כדי לעצור את מירוח ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מירוח ההתיישנות.

## 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, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן 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 הבריאותי, 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 מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למידע אודותיי 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 הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

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

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

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אימות החתימה

אני \_\_\_\_\_ מאשר בזה כי הנ"ל חתם בפני על כתב הויתור הנ"ל.

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\* אימות חתימה יעשה אצל מורשי חתימה במקום עבודה או בפני עורך דין מורשה.



## 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- את האופציה "קצבה"	פרטים על הכנסות ממעביד זה	סעיף ד'
יש לסמן ב- 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 בכרט 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- את הסעיפים הרלוונטיים לך, שימו 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:
1. 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.
  2. לבקש שנשלח לך הפנייה למס הכנסה לפני שנכצע את התשלום הראשון. (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).

# כרטיס עובד<sup>(1)</sup>



## בקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד<sup>(1)</sup>

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 (אא"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת<sup>(1)</sup> העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר 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			
	/			
מין	מצב משפחתי	רווק/ה	עיר/ישוב	מיקוד
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרוד/ה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> תושב ישראל	<input type="checkbox"/> חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרוד/ה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, שם הקופה <input type="checkbox"/> לא

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

סמן/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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

### ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)	תאריך תחילה העבודה <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup>	בשנת המס
<input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת <sup>(3)</sup>	
<input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup>	
<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup>	
<input type="checkbox"/> קצבה <sup>(6)</sup>	
<input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup>	

### ה. פרטים על הכנסות אחרות

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

### ו. פרטים על לבן/בת הזוג

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

1  אני תושב/ת ישראל.

2  אני נכה 100% / עיוורת/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 רבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3  אני תושב/ת קבועה/ בישוב מזכה<sup>(13)</sup> 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 חדשה/  תושב/ת חוזר/ת מתאריך \_\_\_\_\_ .  
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך \_\_\_\_\_ .  
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.  
**חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת** - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). **עולה חדשה/ת** - תעודת עולה.

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

6  אני הורה במשפחה חד הורית<sup>(11)</sup> 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 ילדי 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<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס  
 מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים

8  בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס

9  אני הורה יחיד<sup>(12)</sup> לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

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

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

13  אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות \_\_\_\_\_ .  
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

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

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

1  לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד 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<sup>(1)</sup> כמפורט להלן:  
**ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת** <sup>(1)</sup>

שם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה (לפי 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 למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.**

\_\_\_\_\_ תאריך  
\_\_\_\_\_ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" 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  
(3) משכורת בעד משרה נוספת  
(4) משכורת חלקית  
(5) שכר עבודה  
(6) קצבה  
(7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.  
(8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.  
(9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.  
(10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מ"פ.  
(11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוז (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) יישוב מזכה - יישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.

## נספח ג'

### רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

#### תביעה מכח תקנון קרן הפנסיה כלל פנסיה

- 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 וחותרת 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 הכנסותיך בגין 12 חודשים לפני האירוע בגינו הוגשה התביעה.
- אישור מרואה החשבון על הכנסות החל מיום האירוע בגינו הודגשה 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.**

## נספח ד'

### הליך בחינת החברה לזכאות לפנסייית נכות

#### הגשת מסמכים

עמית התובע פנסייית 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 לפנסייית 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 פנסייית נכות:

הזכאות לקבלת פנסייית 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 פנסייית נכות, ובלבד, שהעמית היה לנכה לפני הגיעו לגיל הזכאות במסלול בו בוטח.

עמית לא פעיל, לא יהיה זכאי לקבל פנסייית נכות.

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

יום תחילת הנכות ייקבע על ידי רופא הקרן ו/או על ידי הוועדה הרפואית, בהתאם למועד שבו איבד את כושרו לעבוד והפך לנכה. כמו כן יקבעו רופא הקרן ו/או הוועדה הרפואית את תקופת הנכות הצפויה ואת שיעורה.

## 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 לפנסיית נכות - תאושר הנכות מיידית על ידי החברה המנהלת. במקרים בהם יקבע רופא הקרן כי העמית אינו זכאי לפנסיית 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 פנסיית נכות חלקית. פנסיית הנכות החלקית תחושב כמכפלת שיעור הנכות שנקבעה לו בפנסיית הנכות שלה היה זכאי לו היה מוכר כנכה מלא.

## ועדה רפואית:

העמית יתייצב בפני הוועדה הרפואית במועדים שיקבעו על ידי הוועדה 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 הוועדה 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 הוועדה את נכות העמית, תקבע אם היא מלאה או חלקית; קבעה כי היא חלקית - תקבע את שיעור החלקיות.

הוועדה תקבע את יום תחילת הנכות ואת תקופת הנכות הצפויה.

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

יובהר כי עמית אשר נמצא זכאי לקבלת פנסיית נכות מלאה, ומשולמת לו פנסיית נכות מהקרן, לא יוכל להפקיד לקרן במקביל לקבלת פנסיית 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.

## פיצוי לפי חוק הביטוח הלאומי:

1. נכה, הזכאי לפיצוי לפי חוק הביטוח הלאומי בגין אבדן כושר עבודה כתוצאה מפגיעה בעבודה.
  - א. לקבלת פנסיית נכות חודשית מהקרן בגובה ההפרש בין ההכנסה הקובעת כשהיא מוכפלת בשיעור הנכות לבין הפיצוי החודשי לפי חוק הביטוח הלאומי, ובלבד שפנסיית הנכות החודשית שתשולם לנכה לא תעלה על פנסיית הנכות שהייתה משולמת לו לולא זכאותו לפי חוק הביטוח הלאומי.
  - ב. זקיפת דמי גמולים בתקופת הזכאות לפנסיית נכות, כאילו קיבל את מלוא פנסיית הנכות, לה היה זכאי לולא חוק הביטוח הלאומי.
  - ג. ויתור על זכויותיו לפנסיה, כנגד החזרת כל הכספים שנצברו לזכותו בקרן, בכפוף להוראות הפרק השנים עשר ולסעיף 66 לתקנון.
2. מוסכם בזה כי בכל מקרה של זכאות לכאורה לקבל פיצוי על פי דין כאמור בסעיף קטן א' לעיל, וכתנאי לקבלת פנסיית נכות מן הקרן, יפנה הנכה למוסד לביטוח לאומי הרלבנטי למקום מגוריו ויצג בפניו את כל החומר המזכה אותו בפיצוי כאמור.
3. פנה העמית למוסד לביטוח לאומי כאמור בסעיף 2, ונדחה על ידו, יהיה זכאי לפנסיית נכות מן הקרן.
4. נכה שהציג בפני הקרן הוכחה על הגשת תביעה בעניינו למוסד לביטוח לאומי, יהיה זכאי לתשלום מקדמות על חשבון פנסיית הנכות, שישולמו בתשלומים חודשיים, שגובהם ייקבע על ידי הקרן, ובלבד שלא יעלו על גובה פנסיית הנכות החודשית לה היה זכאי מן הקרן לולא זכאותו לפי חוק הביטוח הלאומי. תשלומים אלו ישולמו לעמית כל עוד לא התקבלה החלטה בעניינו על ידי המוסד לביטוח לאומי. מקדמות כאמור ינתנו בתנאים הנקובים בסעיף 43 (ה) לתקנון.
5. מקדמות כאמור בסעיף 4 לעיל, תינתנה בתנאים הבאים:
  - א. הנכה יחתום על כתב התחייבות לפי דרישת הקרן, וימציא לקרן בטוחות לשביעות רצונה להבטחת השבת המקדמות אם תתקבל תביעתו על ידי המוסד לביטוח לאומי, בצירוף תשואת הקרן על כספי העמיתים, וזאת על כל תשלום שיקבל כמקדמה, מיום תשלומו על ידי הקרן, ועד ליום השבת.
  - ב. נקבעה זכאותו של הנכה לפיצוי על פי דין מן המוסד לביטוח לאומי, כהגדרתו, בסעיף 43 לתקנון, תפסיק הקרן את תשלומי המקדמה, והנכה יפרע את חובו לקרן בהתאם לתנאים שבכתב ההתחייבות.
  - ג. מבלי למעט מן האמור בסעיף 64 לתקנון, הקרן תהא רשאית לקזז את חובו של הנכה מכל סכום שיגיע לנכה מן הקרן, לרבות, מתשלומים כאמור בסעיף 1 (א) לעיל, מתשלומי פנסיית זקנה, ומתשלום בעקבות בקשה למשיכת כספים.
6. הגיש הנכה תביעה למוסד לביטוח לאומי על פי חוק הביטוח הלאומי ונדחתה תביעתו, מוקנית לחברה המנהלת זכות התחלוף והיא רשאית להגיש - על חשבון החברה המנהלת - תביעה ו/או ערעור/ערר לוועדה הרפואית לעררים של הגורם המפצה ו/או לערכאה השיפוטית המוסמכת. הנכה יהיה חייב לשתף פעולה עם החברה המנהלת ויעמוד לרשותה בכל ההליכים הכרוכים בהליך כאמור.

## 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.
- נכה המשתכר מעבודה בתקופת הנכות, יידרש להגיש לקרן תלושי שכר חודשיים.



## נספח ה'

### 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 הוועדה הרפואית, בין ביוזמתם, ביוזמתך או ביוזמת החברה המנהלת, לזמן אותך לוועדה נוספת, לבדיקה האם חל שינוי במצבך הבריאותי. קבעה הוועדה 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 55 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 56 לתקנון הקרן, עומדת בפניך האפשרות לערער על החלטת הוועדה 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