



בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציג החברה בטלפון 5654 * או במייל ישירות למחלקת תביעות TeviotPensia@Clal-ins.co.il.

כלל פנסיה וגמל בע"מ

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'

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.

מקום שנמסרת לתובע הודעת המשך בירור, תכלול ההודעה 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 תימסר לתובע כל תשעים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

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>.

הנחיות למילוי ערכת תביעה בגין פנסיית נכות

בהמשך לפנייתך למימוש זכויות לפי תקנון קרן הפנסיה, מצורפת בזאת לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת התביעה.

צוותי החברה עומדים לרשותך בכל עת.

בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציג החברה בטלפון *5654 או במייל ישירות למחלקה TeviotPensia@Clal-ins.co.il

לידיעתך, במידה ולא יתקבל אחד מהמסמכים הנ"ל לא ניתן יהיה לבצע המשך טיפול בתביעתך לנכות מקרן הפנסיה.

- ☐ טופס תביעה חתום ע"י העמית.
- כאשר בטופס התביעה יש למלא את כל הסעיפים, ללא הגשת הטופס מלא בשלמותו לא נוכל להמשיך לטפל בתביעה.**
- ☐ צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח.
- ☐ טופס 101 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 מאיתנו.**
- ☐ טופס ויתור על סודיות רפואית, מצ"ב בערכת התביעה בשלושה העתקים.
- ☐ במקרה של תאונת עבודה ו/או שמירת הריון יש להמציא אישור מביטוח לאומי.
- הכולל פירוט מדויק לעניין מועדי קבלת קצבת נכות, אחוזי הנכות שנקבעו לעמית, הסכומים ששולמו במסגרת קצבת הנכות ותקופת הקצבה שאושרה.**
- במקרה של תאונת עבודה יש לבקש את הטופס ממחלקת נפגעי עבודה של ביטוח לאומי.**
- ☐ החלטה ופרוטוקול הוועדה הרפואית של המוסד לביטוח לאומי.
- ☐ כל המסמכים הרפואיים הנוגעים לתביעה המצויים בבתי חולים, במוסדות רפואיים, בידי רופאים יחידים או אצל גופים אחרים המעידים על מצבך הבריאותי.
- ☐ צילום המחאה או אישור מהבנק על ניהול חשבון בנק ובו מצויין שם העמית, מספר ת.ז. של העמית ופרטי חשבון חתום על ידי פקיד הבנק וחתימת רשמית של הבנק.
- ☐ תלושי שכר בגין 12 חודשים לפני האירוע בגינו הוגשה תביעה.
- ☐ תלושי שכר החל מיום האירוע בגינו הוגשה תביעה ועד ליום האחרון בו העמית הפסיק לקבל שכר ותלושי שכר.
- במידה ולא קבלת שכר החל מיום האירוע שבגינו הוגשה התביעה עליך להמציא על כך אישור ממעסיקך או למלא את סעיף 6.1 בטופס התביעה.**
- ☐ במקרה של תאונת דרכים, יש להעביר לנו מידע באם הוגשה על ידך תביעה לבית המשפט בעניין והאם התקבלו סכומים מגופים שונים בגין פגיעתך. באם התקבלו סכומים כלשהם, אנא העבר לידנו אסמכתא באשר לגובה הסכום ששולם לך.
- את המסמכים יש להחזיר מלאים לכתובת הדואר, כלל פנסיה וגמל בע"מ, נירים 2, תל אביב, ת.ד. 9300, מיקוד 67060.
- יש לציין על המעטפה - למחלקת תביעות.
- ניתן לשלוח את המסמכים למספר הפקס - 073-7018016 או למייל הישיר של מחלקת תביעות - TeviotPensia@Clal-ins.co.il

בברכה,

מחלקת תביעות

כלל פנסיה וגמל בע"מ

12/2010 - 010083-1

7. פרטים נוספים על המבוטח

- 7.1 מקצוע _____ עיסוק _____
- 7.2 האם הינך: ☐ שכיר ☐ עצמאי
- 7.3 מה היה עיסוקך בפועל לפני קרות האירוע (מסור תיאור בקצרה לגבי עיסוקך)
- 7.4 האם שיניית 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:

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

7.7 אחוזי משרה בה עבדת לפני קרות האירוע _____

8. פרטים על א.כ.ע

- 8.1 האם אובדן כושר בעבודה נגרם ע"י תאונה/מחלה _____

- 8.2 מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____

- 8.3 תאר את המהלך, סיבות ותוצאה התאונה/המחלה שביסוד תביעתך. _____

- 8.4 פרט את שמות הרופאים ומוסדות הרפואיים בהם טופלת בקשר לתאונה/מחלה. _____

- 8.5 שם הרופא המטפל (ושם 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 אם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאד קרתה התאונה או מאד תחילת המחלה, האופן מלא או חלקי? באיזה היקף?
אם כן – מתי זה היה?

8.10 האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה / מחלקה? אל ביעיות רפואיות? ממותי סבלת מאותן ביעיות רפואיות?

8.11 האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? אנא פרט את כל המקורות 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 האם הגשת או בסונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה.

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

9. שמירת הריון

9.1 יש לפרט את הבעיה הרפואית שבגללה הינך נמצאת בשמירת הריון.

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

9.2 מהו תאריך הלידה המשוער?

10. איש קשר מטעמי לטיפול בבקשה

איש קשר מטעמי לטיפול בתביעה זו:

שם פרטי ומשפחה _____ כתובת _____

מס' טלפון _____ 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 _____ חתימת העמית **X** _____

יודגש כי תביעה לקבלת פנסיה נכות מתישנת 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 מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

12/2010 - 010083-5 .0

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1	☐ אני תושב/ת ישראל.
2	☐ אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94.
3	☐ אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.
4	☐ אני ☐ עולה חדש/ה ☐ תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שהיתה לו הכנסה או שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - ימנה לפקיד השומה. <u>לתושב/ת חוזר/ת - חובה לצרף</u> אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים).
5	☐ בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. (רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת)
6	☐ אני הורה החי בנפרד ומבקש נקודת זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזקתי (בהתאם לסעיף 7 להק)
7	☐ בגין ילדי שבחזקתי (ימולא רק ע"י אשה או ע"י גבר החי בנפרד) המפורטים בחלק ג. ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס
8	☐ בגין ילדי הפעוטים (ימולא ע"י גבר [למעט גבר אשר סימן את פסקה 7 לעיל], אשה החיה בנפרד וילדיה אינם בחזקתה, וכן הורה יחיד ⁽¹¹⁾) ☐ 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 ⁽¹¹⁾ לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיפים 17 - 8 לעיל)
10	☐ בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
11	☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר (ימולא ע"י מי שנישא בשנית) (מצורף פסק דין).
12	☐ מלאו לי 16 שנים וטרם מלאו לי 18 שנים.
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 או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/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/קיצבה/מילגה (ממכון מחקר) כמפורט להלן:																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">המעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר</th><th>סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/אחר)</th><th>הכנסה חודשית</th><th>המס שנוכה (לפי הלושים)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>שם</td><td>כתובת</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>9</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>9</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>9</td></tr> </tbody> </table>				המעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר		סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה (לפי הלושים)	שם	כתובת								9					9					9
המעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר		סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה (לפי הלושים)																								
שם	כתובת																											
				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 0101

(1) "עובד" לרבות מקבל קיצבה ולרבות חוקר במכון מחקר או מסן מחקר תורני. "מעביד" לרבות משלם קיצבה ולרבות מילגה. "משכורת" לרבות קיצבה. "עובד" לרבות קבלת קיצבה. "מילגה" לחוקר בתקופת לימודיו במכון מחקר או מסן מחקר תורני.

(2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום.

(3) משכורת נוספת - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום, נוסף למשכורת חודש ו/או נוסף לקיצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת נוספת".

(4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה במשך 5 שעות או פחות בכל יום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ- 5 שעות ביום אך לא יותר מ- 8 שעות בשבוע.

(5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום אך פחות מ- 18 יום בחודש. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן ה הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.

(6) קיצבה - מקיצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה.

(7) אם העובד לא מילא משכורת או - המעביד מנע מלנוכח מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכח מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.

(8) אם העובד מילא משכורת או - המעביד מנע מלנוכח מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכח מס מירבי לפי התקנות.

(9) אם העובד לא מילא משכורת או - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנוכח מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.

(10) אם העובד לא מילא משכורת או - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקיצבה/לאבדן כושר עבודה ולנוכח מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.

(11) הורה יחיד - שבן זוג נפטר או שרשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.

נספח ג'

רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה
תביעה מכח תקנון קרן הפנסיה מיטבית-עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית

☐ טופס תביעה חתום ע"י העמית.

כאשר בטופס התביעה יש למלא את כל הסעיפים, ללא הגשת הטופס מלא בשלמותו לא נוכל להמשיך לטפל בתביעה.

☐ צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח.

☐ טופס 101 לשנת המס הנוכחית, חתום על ידי העמית

יש להשאיר את סעיף א' פתוח ללא תשובה (הוא ימלא על ידי קרן הפנסיה בלבד) ואילו את סעיף ד' חובה למלא, סעיף ה' חובה למלא בהתאם להכנסות של העמית פרט לקצבת הנכות

המשולמת מאיתנו

☐ טופס ויתור על סודיות רפואית, מצ"ב בערכת התביעה בשלושה העתקים.

☐ במקרה של תאונת עבודה ו/או שמירת הריון יש להמציא אישור מביטוח לאומי.

הכולל פירוט מדויק לעניין מועדי קבלת קצבת נכות, אחוזי הנכות שנקבעו לעמית, הסכומים ששולמו במסגרת קצבת הנכות ותקופת הקצבה שאושרה.

במקרה של תאונת עבודה יש לבקש את הטופס ממחלקת נפגעי עבודה של ביטוח לאומי.

☐ החלטה ופרוטוקול הוועדה הרפואית של המוסד לביטוח לאומי .

☐ כל המסמכים רפואיים הנוגעים לתביעה המצויים בבתי חולים, במוסדות רפואיים, בידי רופאים יחידים או אצל גופים אחרים המעידים על מצבך הבריאותי.

☐ צילום המחאה או אישור מהבנק על ניהול חשבון בנק ובו מצוין שם העמית, מספר ת.ז של העמית ופרטי חשבון חתום על ידי פקיד הבנק וחותמת רשמית של הבנק.

☐ תלושי שכר בגין 12 חודשים לפני האירוע בגינו הוגשה תביעה.

☐ תלושי שכר החל מיום האירוע בגינו הוגשה תביעה ועד ליום האחרון בו העמית הפסיק לקבל שכר ותלושי שכר.

במידה ולא קבלת שכר החל מיום האירוע שבגינו הוגשה התביעה עליך להמציא על כך אישור ממעסיקך או למלא את סעיף 6.1 בטופס התביעה.

☐ במקרה של תאונת דרכים, יש להעביר לנו מידע באם הוגשה על ידך תביעה לבית המשפט בעניין והאם התקבלו סכומים מגופים שונים בגין פגיעתך.

באם התקבלו סכומים כלשהם, אנא העבר לידנו אסמכתא באשר לגובה הסכום ששולם לך.

☐ במקרה שתחושב פנסיית נכות מזערית – החברה תשלח לעמית מכתב הכולל את אפשרויות העומדות בפניו, יש לסמן את האפשרות ולהחזיר לחברה.

נספח ד' - 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.

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 יעיין 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.

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.

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 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.

הוועדה 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 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:

(א) נכה, הזכאי לפיצוי לפי חוק הביטוח הלאומי בגין אבדן כושר עבודה כתוצאה מפגיעה בעבודה.

יהיה זכאי, לפי בחירתו, לאחד מאלה:

(1) 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.

זקיפת דמי גמולים בתקופת הזכאות לפנסיית נכות, כאילו קיבל את מלוא פנסיית הנכות, לה היה זכאי לולא חוק הביטוח הלאומי.

(2) ויתור על זכויותיו לפנסיה, כנגד החזרת כל הכספים שנצברו לזכותו בקרן, בכפוף להוראות הפרק השנים עשר ולסעיף 66 לתקנון.

(ב) 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 ויצגי בפניו את כל החומר המזכה אותו בפיצוי כאמור.

(ג) פנה העמית למוסד לביטוח לאומי כאמור בסעיף קטן (ב), ונדחה על ידו, יהיה זכאי לפנסיית נכות מן הקרן.

(ד) 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.

(ה) מקדמות כאמור בסעיף קטן (ד) לעיל, תינתנה בתנאים הבאים:

(1) 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 השבתו.

(2) נקבעה זכאותו של הנכה לפיצוי על פי דין מן המוסד לביטוח לאומי, כהגדרתו, בסעיף 43 לתקנון, תפסיק הקרן את תשלומי המקדמה, והנכה ייפרע את חובו לקרן בהתאם לתנאים שבכתב ההתחייבות.

(3) 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 קטן(א)(1) לעיל, מתשלומי פנסיית זקנה, ומתשלום בעקבות בקשה למשיכת כספים.

(ו) 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 עתיים –

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, ביוזמתן או ביוזמת החברה המנהלת, לזמן אותן לוועדה נוספת, לבדיקה האם חל שינוי במצבן הבריאותי. קבעה הועדה הרפואית כי חל שינוי במצבן הרפואי, תקבע את דרגת הנכות ופנסיית הנכות תחושב מחדש בהתאם לשינוי, או, לפי הנסיבות, תופסק ההכרה בהיותן נכה והכל בהתאם לקבוע בתקנון הקרן. בקשה לבדיקה חוזרת מטעמן, לא תוגש אלא כעבור 90 יום מהבדיקה האחרונה בוועדה, ולאחר שתגיש לרופא הקרן מסמך רפואי המראה לכאורה כי חלה החמרה בנכותן לעומת קביעת הוועדה בבדיקתה האחרונה.

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

לצורך בחינת זכאותן תשלח אליהן קרן הפנסיה טפסים אשר הינן 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 להן פנסית הנכות.

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

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

לידיעתן 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 בנכותן לעומת קביעת הוועדה בבדיקתן 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 לרח' נירים 2, ת.ד. 9300, ת"א 67060.

נשמח לעמוד לרשותך בכל שאלה או הבהרה.

בכבוד רב,

מחלקת תביעות ותשלומי פנסיות

אגף תפעול

כלל פנסיה וגמל בע"מ