

לקוח/ה יקר/ה

לרשותך ערכת מסמכים לצורך קבלת פנסיית 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 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 התביעה

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

שאר/מוטב/יורש המעוניין להגיש תביעה לפי תקנון קרן פנסיה "כלל פנסיה" ("קרן הפנסיה") ו/או "כלל פנסיה משלימה", מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה. לפרטים נוספים בעניין הליך בחינת החברה את זכאותך לפנסיית שארים ראה נספח ד' להלן.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהשאר/מוטב/יורש, תבחן החברה את זכאות השאר/מוטב/יורש לפנסיית שארים, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה ובפרט לאור הוראות הפרק השביעי והשמיני של תקנון קרן הפנסיה.

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

יודגש כי תביעה לקבלת פנסיית שארים מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 ועומדת על 7 שנים מיום קרות הפטירה. נבחר כי אין במשלוח דרישה לקבלת פנסיית שארים 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 מהשאר/מוטב/יורש

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

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על העמית להעביר אל החברה לכתובת: רחוב ראול ולנברג 36 מגדל 8 קריית עתידים, ת.ד. 58250 תל אביב 6158102 לפקס שמספרו 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 פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד המחלוקת ואת הסכום שנקבע בפשרה.

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.

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 מבוטח או תובע  
כל פניה בכתב של מבוטח 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 וחסכון במשרד האוצר בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>.

## נספח ב' טופס תביעה

### כלל פנסיה וגמל בע"מ

☐ קרן מקיפה ☐ קרן כללית משלימה

#### 1. פרטי הנפטר

|            |                                                              |            |  |
|------------|--------------------------------------------------------------|------------|--|
| שם פרטי    |                                                              | שם משפחה   |  |
| מספר הזהות | מין<br><input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | תאריך לידה |  |

#### 2. פרטי בן / בת זוג

|                                                                                                                                       |                                                              |            |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|------|
| שם פרטי                                                                                                                               |                                                              | שם משפחה   |      |
| מספר הזהות                                                                                                                            | מין<br><input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | תאריך לידה |      |
| מצב משפחתי<br><input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן | מיקוד                                                        | מס' ת"ד    | רחוב |
| דוא"ל                                                                                                                                 | מספר הנייד                                                   | מספר טלפון |      |

#### 3. 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.

#### 4. פרטי ילדים

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

## 5. פרטי מגיש הבקשה

|          |         |                |
|----------|---------|----------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מס' תעודת זהות |
|----------|---------|----------------|

## 6. פרטי מקרה המוות

- 6.1 תאריך פטירה \_\_\_\_\_
- 6.2 מהי סיבת המוות ונסיבותיה, יש לפרט (כגון: מחלה, תאונה, התאבדות, אחר) \_\_\_\_\_
- 6.3 מיהם הרופאים ו/או המוסדות הרפואיים שטיפלו במנוח בשנה שקדמה למועד הפטירה \_\_\_\_\_
- 6.4 שם קופ"ח והכתובת בה טופל המנוח \_\_\_\_\_
- הריני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי עד כה הנם נכונים. הנני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי באחד או יותר מהפרטים הללו.

## 7. תאריך מילוי הבקשה \_\_\_\_\_

חתימה של בן הזוג \_\_\_\_\_

## 8. חתימה של ילדים מעל גיל 18:

שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

יודגש כי תביעה לקבלת פנסיית שארים מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958- ועומדת על 7 שנים מיום הפטירה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לקבלת פנסיית שארים כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

## כתב ויתור על סודיות רפואית

אל: \_\_\_\_\_  
(במקרה של נפטר ימולאו כאן פרטי המנוח)

|               |         |           |                 |
|---------------|---------|-----------|-----------------|
| שם משפחה      | שם פרטי | שם האב    | מספר תעודת זהות |
| כתובת מגורים  | מס'     | עיר       | מיקוד           |
| 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, ואדם אחר כלשהו למסור ל"כלל פנסיה וגמל" 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 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 ולעיון 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 ☒

תאריך \_\_\_\_\_ עד לחתימה \_\_\_\_\_ חתימה ☒

## 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 בפרט כלשהו שצינת (לדוגמה, מצב משפחתי, מצב הכנסות נוספות). לגבי כל שינוי חשוב לציין את תאריך השינוי | שינויים במהלך השנה        | סעיף ז' |

עמוד שני:

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

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



## כרטיס עובד<sup>(1)</sup>

ובקשה 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 (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכר<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 ספח. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

|                              |                               |                                 |                                 |                                                       |                                 |                             |            |                             |                                                                         |  |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|
| מספר זהות (9 ספרות)          |                               | שם משפחה                        |                                 | שם פרטי                                               |                                 | תאריך עליה                  |            | תאריך לידה                  |                                                                         |  |
| : : : : : : : : :            |                               |                                 |                                 |                                                       |                                 | : : : : : : : : :           |            | : : : : : : : : :           |                                                                         |  |
| כתובת פרטית                  |                               |                                 |                                 |                                                       |                                 | מספר טלפון                  |            |                             |                                                                         |  |
|                              |                               |                                 |                                 |                                                       |                                 | /                           |            |                             |                                                                         |  |
| רחוב/שכונה                   |                               | מספר                            |                                 | עיר/ישוב                                              |                                 | מיקוד                       |            | קידומת                      |                                                                         |  |
| : : : : : : : : :            |                               | : : : : : : : : :               |                                 | : : : : : : : : :                                     |                                 | : : : : : : : : :           |            | : : : : : : : : :           |                                                                         |  |
| מין                          | מצב משפחתי                    |                                 | <input type="checkbox"/> רווק/ה |                                                       | <input type="checkbox"/> נשוי/א |                             | תושב ישראל |                             | חבר בקופת חולים                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> זכר | <input type="checkbox"/> נקבה | <input type="checkbox"/> גרוש/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"/> כן, שם הקופה _____ <input type="checkbox"/> לא |  |

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

סמן/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

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

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

[illegible]

## ה. פרטים על הכנסות אחרות

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות<sup>(9)</sup></p> <p>יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:</p> <p>משכורת חודש<sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> קצבה<sup>(6)</sup></p> <p>משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> מלגה<sup>(1)</sup></p> <p>משכורת חלקית<sup>(4)</sup> <input type="checkbox"/> ממקור אחר <input type="checkbox"/></p> <p>שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/></p> <p>אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/:</p> <p><input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). אני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת<sup>(7)</sup></p> <p>אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו<sup>(8)</sup></p> <p><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></p> <p><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></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ו. 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/קיצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת |          |         |            |            |

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

| תאריך השינוי | פרטי השינוי | תאריך ההודעה | חתימת העובד/ת |
|--------------|-------------|--------------|---------------|
|              |             | / /          |               |
|              |             | / /          |               |
|              |             | / /          |               |

- 60146\_Sheirim'sLetter | 06/2016

## רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

### תביעה מכח תקנון קרן הפנסיה כלל פנסיה

- טופס תביעה חתום.  
בטופס התביעה יש למלא את כל הסעיפים, ללא הגשת הטופס מלא בשלמותו לא נוכל להמשיך לטפל בתביעה.
- צילום תעודת זהות כולל ספח של כל השארים מעל גיל 18. במידה והשאיר אינו כשיר לחתום על הטופס, יחתום על הטופס האפוטרופוס שנקבע לו על פי דין.
- טופס 101 חתום לשנת המס הנוכחית, ממולא על ידי כל שאר בנפרד, במידה ויש יתום קטין על האפוטרופוס למלא בשמו.
- 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.
- טופס ויתור על הסודיות הרפואית של המנוח, חתום על ידי כל אחד מהשארים.
- צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון בנק ובו מצוין שם השאר, מספר ת.ז של השאר ופרטי חשבון, חתום על ידי פקיד הבנק וחותמת רשמית של הבנק - עבור כל אחד מהשארים. במקרה שאחד השארים הינו קטין - יש לצרף צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון של ההורה או האפוטרופוס בצירוף כתב שיפוי.
- צו ירושה או צוואה בצירוף צו קיום צוואה - מקור או העתק עם חותמת נאמן למקור.
- תעודת פטירה עם חותמת נאמן למקור
- במקרה של פטירה מחוץ למדינת ישראל - הודעה על מקרה המוות מאומתת ומאושרת ממשד הפנים (תמצית רישום ממשד האוכלוסין).
- מסמכים רפואיים הנוגעים לתביעה המצויים בבתי חולים או במוסדות רפואיים, בידי רופאים יחידים או אצל גופים או בני אדם אחרים שברשותם מידע על סיבת הפטירה/הודעת הפטירה.
- פסק דין מערכאה שיפוטית מוסמכת, לפיו האלמן/נה הוכר/ה כידוע/ה בציבור של המנוח או אישור מביטוח לאומי על תשלום קצבת שארים לאלמן/נה.
- במקרה שתחושב פנסיית שארים – החברה תשלח לשארים מכתב הכולל את אפשרויות העומדות בפניהם, 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 לפנסיית שארים

#### פנסיית שאירי פנסיונר

##### הגשת מסמכים

שאר התובע פנסיית שארים מהקדן, 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 לפנסיית שארים, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה ובפרט לאור הוראות הפרק השמיני והשמיני של 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 הפנסיה כעמית פעיל או עמית לא פעיל.

##### הזכות לפנסיית שאירי פנסיונר

פנסיית שאירי פנסיונר תשולם לאלמנת פנסיונר למשך כל ימי חייה, בין אם נישאה לאחר ובין אם לאו, וליתומים שהפנסיונר קבע להם שיעור פנסיה בעת פרישתו.

##### שיעור הפנסיה לשאירי פנסיונר

שאיריו של פנסיונר שנפטר, יהיו זכאים לפנסיה שתיגזר מהפנסיה ששולמה לפנסיונר לפני פטירתו, בהתאם לשיעור שנקבע בבקשת הפרישה.

שיעור הפנסיה לשאירי פנסיונר שרשאי לבחור עמית שהגיע לגיל פרישה לפנסיית זקנה (להלן: "העמית הפורש") במועד פרישתו לא יעלה על 100% מהפנסיה האחרונה שתשולם לו. שיעור הפנסיה לאלמנה לא יפחת מ- 30% מהפנסיה האחרונה שתשולם לפנסיונר. שיעור הפנסיה ליתום מוגבל לא יעלה על 40% מהפנסיה האחרונה שתשולם לפנסיונר.

יובהר, כי העמית הפורש רשאי לוותר בעת הפרישה על פנסיית שאירי פנסיונר ליתומיו.

##### משך הזכאות לקבלת פנסיית שאירי פנסיונר

הקרן תשלם את פנסיית שאירי הפנסיונר עד למועד פקיעת זכאותם של השאירים לפי הוראות התקנון או עד לסוף החודש שבו נפטרו השאירים לפי המועד המוקדם מביניהם.

##### תשלומי תקופת הבטחה לשאירי פנסיונר

(א) נפטר פנסיונר שבחר בתקופת הבטחה לפני תום תקופת ההבטחה, תשלם הקרן בתשלומים חודשיים את יתרת תשלומי הפנסיה המובטחת לאלמנתו, ובתום תקופת ההבטחה תשולם לאלמנה פנסיית שאירי פנסיונר בהתאם לשיעור שנקבע בבקשת הפרישה.

(ב) אם היו לפנסיונר אלמנה ויתומים בעת פטירתו, יתחלקו תשלומי הפנסיה המובטחת בין השאירים בהתאם ליחס שנקבע לגביהם בבקשת הפרישה. עם פקיעת זכותם של היתומים לפנסיית שאירים לפי הוראות התקנון, ישולמו יתרת תשלומי הפנסיה המובטחת במלואם לאלמנה.

(ג) על אף האמור בסעיף א' לעיל, תינתן לאלמנה, ולה בלבד, זכות לבחור בקבלת סכום חד פעמי, שיחושב על ידי אקטואר הקרן לפי הפרש הערך הנוכחי האקטוארי שבין פנסיית הזקנה המלאה של הפנסיונר שנפטר לבין פנסיית שאירי הפנסיונר לה היו זכאים השאירים עד לתום תקופת ההבטחה. בחרה האלמנה כאמור, תהיה זכאית לתשלום חודשי רגיל של חלקה בפנסיית שאירי פנסיונר.

יובהר כי חלקם של היתומים (אם ישנם) ביתרת תשלומי הפנסיה המובטחת, ישולם להם בתשלומים חודשיים עד לתום תקופת ההבטחה.

(ד) נפטר פנסיונר כאמור, ולא הותר אחריו אלמנת פנסיונר או נפטרה האלמנה לאחר מות הפנסיונר ולפני תום תקופת ההבטחה, תשלם הקרן את יתרת תשלומי הפנסיה המובטחת לידי השאירים בסכום חד פעמי, ובהעדר שאירים למוטבים, ובהיעדר מוטבים ליורשים. התשלום החד פעמי ליורשים או למוטבים לפי העניין, יקבע על ידי הכפלת הפנסיה החודשית במקדם ההיוון המפורט בנספח ח' שנמצא בתקנון הקרן המבוסס על יתרת החודשים שנותרו עד תום תקופת ההבטחה.

(ה) נפטר פנסיונר כאמור שהיוון פנסיית זקנה, במהלך תקופת ההיוון, יחול האמור בסעיף 30(ח) לתקנון הקרן לעניין ניכוי ההיוון.

### להלן עיקרי הסעיף:

נפטר פנסיונר שהיוון פנסיית הזקנה במהלך תקופת ההיוון ולא בחר בתקופת הבטחה, יקבלו שאירי הפנסיונר את מלוא פנסיית שאירי הפנסיונר ממועד הזכאות לפנסיית שאירים, כאילו לא בוצע היוון.

שאיריו של פנסיונר שהיוון פנסיית זקנה ובחר בתקופת הבטחה ונפטר במהלך תקופת ההיוון ובטרם הסתיימה תקופת ההבטחה, יקבלו את פנסיית הזקנה המובטחת בניכוי ההיוון, עד לתום תקופת ההיוון. לאחר תום תקופת ההיוון יקבלו שאיריו את פנסיית הזקנה המלאה עד לתום תקופת ההבטחה ובתום תקופת ההבטחה יקבלו פנסיית שאירי פנסיונר בהתאם להוראות התקנון. אם לא היו לפנסיונר שאירים, יקבלו הזכאים לפי סעיף 68(ב) לתקנון את יתרת תשלומי תקופת ההבטחה האמורים לעיל בסכום חד פעמי ובניכוי ההיוון. הסכום החד פעמי הוא ההפרש בין הערך הנוכחי של יתרת תשלומי תקופת ההבטחה לבין הערך הנוכחי של יתרת סכומי ההיוון המחושב לפי המקדמים בנספח ח' בתקנון הקרן.

### אופן חלוקת פנסיית שאירי פנסיונר בין אלמנות

היו לעמית הפורש בעת פרישתו יותר מבת זוג אחת תתחלקנה בנות הזוג בפנסיה אשר הייתה משולמת לאלמנתו האחת של הפנסיונר בחלקים שיקבעו על פי בחירתו של העמית הפורש במועד הפרישה; נפטרה אחת האלמנות, לא ישולם חלקה של האלמנה שנפטרה לאלמנות שנותרו בחיים.

### פנסיית שאירי עמית

הזכות לפנסיית שאירי עמית

(א) נפטר עמית פעיל לפני הגיעו לגיל הזכאות במסלול הביטוח בו בוטח, יהיו שאיריו זכאים לקבל פנסיית שאירים, בכפוף לאמור בתקנון בדבר סכומי פנסיה מזעריים, ובלבד שהעמית לא וויתר על כיסוי ביטוחי לסיכוני מוות.  
(ב) נפטר עמית לא פעיל, יהיו שאיריו זכאים לקבל מהקרן פנסיית שאירים שתחושב על ידי חלוקת יתרת הזכאות הצבורה של העמית במקדמי המרה כאמור בנספח י' לתקנון המתאימים למינם, שנת לידתם, ולגילם של השאירים במועד שבו נפטר העמית.

(ג) הקרן תשלם את פנסיית השאירים עד לסוף החודש בו פקעה זכאותם של השאירים לפי הוראות התקנון או עד לסוף החודש שבו נפטרו השאירים, לפי המועד המוקדם מביניהם.

(ד) הפנסיה תשולם לאלמנה כל ימי חייה, בין אם נישאה לאחר ובין אם לאו.

### תקופת אכשרה לפנסיית שאירים

(א) שאירי עמית פעיל יהיו זכאים לפנסיית שאירים, אלא אם נתקיים אחד מאלה:

(1) העמית נפטר בטרם חלפו שישים חודשים ממועד הצטרפותו לקרן או ממועד חזרתו האחרונה של העמית למעמד של עמית פעיל בקרן, המאוחר מבין השניים, עקב מום או מחלה שלקה בהם לפני מועד הצטרפותו או לפני מועד חזרתו האחרונה למעמד כאמור, בהתאמה.

(2) העמית התאבד בתוך 12 חודשים ממועד הצטרפותו לקרן או ממועד חזרתו האחרונה של העמית למעמד של עמית פעיל בקרן, המאוחר מבין השניים.

- (3) התקיימו בעת פטירת העמית החרגות שהוטלו לגביו בעת הצטרפותו לקרן או בעת חידוש מעמדו כעמית פעיל, ופטירת העמית נגרמה עקב מום או מחלה עליהן חלה החרגה כאמור.
- אם התקיים האמור בסעיפים קטנים לעיל לא יהיו זכאים שאירי העמית לפנסיית שאירי עמית פעיל אלא יהיו זכאים לפנסיית שאירי עמית לא פעיל.
- (ב) יובהר, כי לא יימנו חודשים ששולם בעבורם תשלום רטרואקטיבי בעת ההצטרפות לקרן או בעת חידוש המעמד כעמית פעיל.
- (ג) נפטר עמית כתוצאה ממחלה קודמת או מאירוע קודם, אזי תחול תקופת אכשרה בת 60 חודשים על כל עליה שנתית העולה על 10% מעבר למדד במשכורת הקובעת לפנסיית שאירים כפי שהיתה במועד פטירתו של העמית ביחס למשכורת הקובעת לפנסיית שאירים כפי שהיתה טרם המחלה או האירוע שגרמו לפטירה. עליות השכר אשר מעל ל-10% מעבר המדד לא יובאו בחשבון לצורך חישוב פנסיית שאירים.
- (ד) נפטר עמית, וקבע רופא הקרן כי פטירתו הינה כתוצאה ממחלה קודמת או מאירוע קודם, טרם הסתיימה תקופת אכשרה בת 60 חודשים רשאים שאירי של העמית לבקש דיון נוסף בעניין יחד עם רופא מטעמם. ההכרעה תתקבל על ידי רופא הקרן.

### חישוב פנסיית שאירי עמית

- (א) סך פנסיית שאירי עמית פעיל היא סכום הכיסוי הביטוחי המעודכן לפנסיית שאירים במסלול שבו בוטח העמית בעת פטירתו, ובהתאם לתקנון (להלן בפרק זה: "פנסיית השאירים הכוללת").
- (ב) הערך המהווה של סך תשלומי פנסיות השאירים לא יפחת מיתרת הזכאות הצבורה של העמית בעת פטירתו. עלתה יתרת הזכאות הצבורה על הערך המהווה של הפנסיות לשאירים, תוגדל הפנסיה לשאירים על פי היחס המתקבל מחלוקת יתרת הזכאות הצבורה בערך המהווה של הפנסיות. הערך המהווה של הפנסיות יחושב על בסיס הכפלת הפנסיה לכל שאיר במקדמי ההמרה שבנספח י' בתקנון הקרן. אם אחד השאירים הוא יתום מוגבל החישוב יעשה על ידי אקטואר הקרן.
- (ג) למען הסר ספק מובהר בזה, כי שאירי עמית לא פעיל, יקבלו פנסיה המחושבת על בסיס יתרת הזכאות הצבורה המחולקת במקדמי ההמרה המפורטים בנספח י' בתקנון הקרן, שנקבעו לפי גילאי השאירים במועד פטירתו של העמית הלא פעיל, מינם ושנת לידתם. יובהר כי פנסיית הורי עמית לא פעיל, תחושב על פי המקדמים המפורטים בנספח י' בתקנון הקרן, בהתאם לטבלאות המתאימות לבן/בת זוג. חלקם היחסי של השאירים ביתרת הזכאות הצבורה תהיה כדלקמן:
- אלמנה בלבד – 100% לאלמנה.
- לאלמנה + יתום – 90% לאלמנה ו- 10% ליתום.
- לאלמנה + 2 יתומים ומעלה – 80% לאלמנה ו- 20% ליתומים, בחלוקה שווה ביניהם.
- ליתום אחד בלבד – 100% ליתום.
- ל- 2 יתומים ומעלה – 100% בחלוקה שווה בין היתומים.
- לאלמנה + הורים – 80% לאלמנה ו- 20% לכל ההורים בחלוקה שווה ביניהם.
- להורה של עמית (כאשר אין אלמנה ואין יתומים) – 100% בחלוקה שווה בין ההורים.
- ל- 2 אלמנות ויותר – פנסיה שתיקבע על סמך חלוקה שווה ביניהן של היתרה הצבורה לאחר הקצאת חלקם של היתומים או ההורים, לפי העניין, ביתרה הצבורה.
- (ד) שאיר הזכאי בו זמנית למספר פנסיות מן הקרן ו/או מקרן אחרת (כדוגמת פנסיית זקנה ופנסיית שאירים) ייהנה ממלוא הפנסיות.

## אופן חלוקת פנסיות שאירי עמית פעיל בין השאירים

- (א) חלקם היחסי של השאירים בפנסיות השאירים הכוללת המגיעה בגין העמית פעיל יהיה כדלקמן:
1. אלמנה בלבד - תהא זכאית ל - 60% מסך פנסיות השאירים הכוללת המגיעה בגין העמית.
  2. אלמנה + יתום/יתומים - 60% מסך פנסיות השאירים הכוללת לאלמנה, במסלול עתיר חסכון, עתיר חסכון בפרישה מוקדמת ומסלול עתיר ביטוח נכות - 40% ליתום ובכל שאר המסלולים 30% ליתום, ובלבד שסך פנסיות השאירים לא תעלה על 100% מסך פנסיות השאירים הכוללת המגיעה בגין העמית.
  3. יתום/יתומים בלבד - 60% מסך פנסיות השאירים הכוללת, בחלוקה שווה ביניהם. אם ויתר עמית שבוחט באחד המסלולים על כיוונו ביטוחי לפנסיות שאירים לבת זוג, כאמור בסעיף 20 לתקנון, יהיו זכאים היתום/יתומים ל - 100% מסך פנסיות השאירים הכוללת המגיעה בגין העמית בחלוקה שווה ביניהם.
  4. הורה של עמית - 20% מסך פנסיות השאירים הכוללת לכל הורה ולא יותר מ - 40% לכל ההורים בחלוקה שווה ביניהם, ובלבד שסך פנסיות השאירים לא תעלה על 100% מסך פנסיות השאירים הכוללת המגיעה בגין העמית.
  5. עלה סך פנסיות השאירים הכוללת המגיעה בגין העמית על 100% מסך פנסיות השאירים הכוללת המגיעה בגין העמית או מ-100% מההכנסה הקובעת, יופחת תחילה חלקם של ההורה או ההורים בחלוקה שווה ואחר כך חלקם של היתומים בחלוקה שווה ביניהם.
- (ב) היו לעמית יותר משני יתומים, ואחד היתומים נפטר, יקבלו היתומים הנותרים, בחלוקה שווה ביניהם, את חלקו של היתום שנפטר עד למועד בו היה אותו יתום מגיע לגיל 21 לו נותר בחיים.
- (ג) היו לעמית יותר מאלמנה אחת, תתחלקנה האלמנות, בחלקים שווים בפנסיה אשר הייתה משולמת לאלמנת העמית; נפטרה אחת האלמנות, לא ישולם חלקה של האלמנה שנפטרה לאלמנה או לאלמנות שנותרו בחיים.

## היוון פנסיות שאירים

- (א) כל אחד משאירי עמית הזכאי לפנסיות שאירים, יהיה רשאי להוון עד 25% מפנסיות השאירים שהוא זכאי לה, לתקופה של עד 5 שנים (להלן: "תקופת ההיוון"), אם סכום הפנסיה הראשונה אשר תשולם לכלל השאירים, לא יפחת לאחר ההיוון משכר המינימום במשק. ערך ההיוון יהיה בהתאם לאמור בנספח ט/2 לתקנון. זכותו של שאיר להיוון כאמור תהא כפופה לאישור רופא הקרן, כי אותו שאיר לא היה זכאי באופן תיאורטי לפנסיות נכות אילו היה עמית בקרן והיה תובע פנסיות נכות. יובהר כי אישור רופא הקרן מותנה בויתור השאיר על סודיות רפואית.
- (ב) הבקשה להיוון תוגש בכתב בתוך 90 יום ממועד פטירת העמית שבגינו הפך השאיר זכאי לפנסיות שאירים. השאיר יהיה רשאי לחזור בו מהבקשה, בכל שלב עד לביצוע התשלום.
- (ג) לעניין זה יחולו הוראות בדבר היוון פנסיות זקנה המפורטות בסעיף 30 (ד) - (ו) לתקנון (למעט הנספח האמור בסעיף ד'), בשינויים המחויבים.

## להלן עיקרי הסעיף:

- ההיוון יבוצע במועד תשלום פנסיות השאירים הראשון העוקב להגשת הבקשה ולא יאוחר מ-90 ימים ממועד הגשת בקשת ההיוון.
- במשך תקופת ההיוון יקבל השאיר פנסיה חודשית בשיעור מוקטן בהתאם לשיעור ההיוון.
- מתום תקופת ההיוון, תשלם הקרן לשאיר את מלוא הפנסיה שלה היה זכאי על פי הוראות התקנון אלמלא ההיוון.