

עמית יקר,

בהמשך לפנייתך לקבלת פנסיית נכות מקרן הפנסיה עתודות קרן פנסיה ותיקה מאוזנת, 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 למחלקת תביעות TeviotPensia@Clal-ins.co.il.

בברכה,

מחלקת תביעות ותשלומי פנסיות

אגף תפעול

כלל פנסיה וגמל בע"מ

הליך בירור ויישוב התביעה

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

עמית המעוניין להגיש תביעה לפי תקנון עתודות קרן פנסיה ותיקה מאוזנת ("קרן הפנסיה"), מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהעמית, תבחן החברה את זכאות העמית לפנסיית נכות, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה ובפרט לאור הוראות פרק ח' בתקנון קרן הפנסיה.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להיעזר במומחה פנימי או חיצוני מטעמה לצורך בירור התביעה.

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 פנסיית נכות מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 לאחר 7 שנים מיום קרות הארוע המזכה, לפי קביעת רופא הקרן או הועדה הרפואית של הקרן. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לקבלת פנסיית 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 פנסיית 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', לידיעתך מנגנון הארכת תקופת הזכאות והכללים על פיהם בוחנת החברה מחדש את הזכאות לקבלת תשלומים עתיים הרצ"ב כנספח ד'.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על העמית להעביר אל החברה לכתובת: רחוב נירים 2, ת.ד. 9300, ת"א 67060. או לפקס: 073-7018016.

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.

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 שנדרשו מהתובע 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 החוזה, 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 בגינן 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 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 מהתקנון תיענה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה.

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

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 לחוזר גופים מוסדיים 5-9-2011 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונו. 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

**טופס תביעה לתשלום פנסיית נכות מלאה/חלקית
קרן ותיקה**

דואר אלקטרוני	סלולארי	טלפון	כתבות	ת. לידה	מצב משפחתי	שם פרטי	שם משפחה	מין	תעודת זהות

1. **תביעה לנכות:** מלאה חלקית

2. **סיבת הנכות היא:**

מחלה מחלת מקצוע תאונה שאינה מזכה בתביעת נזיקין תאונת עבודה
 תאונת דרכים-עבודה תאונת דרכים פעולת איבה או מלחמה
 תאונה שיש בגינה בתביעת נזיקין שמירת הריון

3. **פרטי בן הזוג**

דואר אלקטרוני	סלולארי	טלפון	כתבות	ת. לידה	מצב משפחתי	שם פרטי	שם משפחה	מין	תעודת זהות

4. **פרטי הילדים**

דואר אלקטרוני	סלולארי	טלפון	כתבות	ת. לידה	מצב משפחתי	שם פרטי	שם משפחה	מין	תעודת זהות	מ"ס

5. **פרטי חשבון בנק**

שם הבנק	מספר הסניף	שם הסניף	מספר חשבון

*יש לצרף אישור בנק בכולל שם מלא+ת.ז+מס חשבון+מספר סניף וחתימה וחותמת של הבנק, או לחילופין המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.

6. **מועד האירוע לתביעה: ת.פריצת המחלה או קרות האירוע**

יום	חודש	שנה

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 שינית את מקצוע/משלח יד/ עיסוקך מאז שהצטרפת לקרן הפנסיה, אם כן נא פרט

7.5 מהי השכלתך? (מספר שנות לימוד, תואר אקדמאי, קורסים מקצועיים וכו').

7.6 מפרט בטבלה שלפניך מה היו עיסוקיך בעבר:

העיסוק	מס' שנים בהם 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 מאז קרתה התאונה או מאז תחילת המחלה, האופן מלא או חלקי? באיזה היקף? אם כן – מתי זה היה?

8.10 האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה/מחלקה? אלו בעיות רפואיות? ממתי סבלת מאותן בעיות רפואיות?

8.11 האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? אגא פרט את כל המקורות
ההכנסה מכל שיש לך .
(הכנסה = הכנסה שהינה ממשלח יד או מעסק – בין והפרשו כספים בגינה לקרן ובין
אם לא)

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 בכוונתך 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 שבגינה הינך נמצאת בשמירת הריון.

יום	חודש	שנה

9.2 מהו תאריך הלידה המשוער

10. איש קשר מטעמי לטיפול בבקשה

איש קשר מטעמי לטיפול בתביעה זו :

שם _____ כתובת _____ 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 _____

יודגש כי תביעה לקבלת פנסיית נכות מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958¹ לאחר 7
שנים מהיום שבו הפכת לנכה, לפי קביעת רופא הקרן או הועדה הרפואית של הקרן. נבהיר כי
אין במשלוח דרישה לקבלת פנסיית נכות כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת
תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

לכבוד:
כלל פנסיה וגמל בע"מ
נירים 2 ת"ד 9300
תל אביב 67060

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ _____ נושא ת.ז מס' _____ נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן, ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון 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 למיטבית חברה לניהול קרנות פנסיה ו/או למיטבית גמל (2003) בע"מ ("להלן: "מיטבית"), ולמי מטעמה, את כל המידע המצוי בידיהם ובאופן שיידרש על ידי מיטבית.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות והגורמים הרשומים מעלה לרבות קופות החולים 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 שמירת הסודיות בכל הנוגע למידע אודותיי שברשותם ובכל הנוגע למידע בדבר תשלומים ששולמו ו/או משולמים לי על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון. הנני מוותר בזאת על סודיות כלפי מיטבית, 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 למיטבית. 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 עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך	חתימה
שם:	ת. ז.:
מען:	שם קופת החולים:
סניף	רופא מטפל

אימות החתימה*

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

תאריך _____ חתימה _____

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

הנחיות למילוי כרטיס עובד - (ההנחיות צריכות להיות על דף לוגו)

יש למלא את שני העמודים של הטופס.

עמוד ראשון:

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

עמוד שני:

יש לסמן ב- X את הסעיפים הרלוונטיים לך. שימי 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 שנבצע את התשלום הראשון (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמך 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 קבועה/ ביישוב מיוחד/באיזור פיתוח 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 שהיתה לו הכנסה או שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בחיל, לימודים על תכונים או יציאה לחו"ל - ימנה לפקיד השומה. **לתושב/ת חוזר/ת - חובה לצרף** 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 להלן)

7 בגין ילדי שבחזקתי (נימולא 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 _____
 מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים _____

8 בגין ילדי הפעוטים (נימולא ע"י גבר (למעט גבר אשר סימן את פסקה 7 לעיל), אשה החיה בנפרד וילדיה אינם בחזקתה, וכן הורה יחיד⁽¹⁾)
 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⁽¹⁾ לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיפים 7 ו- 8 לעיל)

10 בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.

11 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר (נימולא 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 (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/קיצבה/מילגה (ממכון מחקר) כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה אחר)	המעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר	
			שם	כתובת
			מספר תיק ניכויים	
			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

- "עובד" לרבות מקבל קיצבה ולרבות חוקר במכון מחקר תורני. "מעביד" לרבות משלם קיצבה ולרבות מילגה. "משכורת" לרבות קיצבה. "עבודה" לרבות קבלת קיצבה. "מילגה" לחוקר בתקופת לימודיו במכון מחקר או מכון מחקר תורני.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום.
- משכורת נוספת - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום, נוסף למשכורת חודש ו/או בנוסף לקיצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כימשכורת נוספת.
- 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.
- שכר עבודה - מסמכת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום אך פחות מ- 18 יום בחודש. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן א הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- 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.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנוכח מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכח מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומ המעביד.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנוכח מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכח מס מירבי לפי התקנות.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנוכח מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקיצבה/לאבדן כושר עבודה ולנוכח מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- הורה יחיד - שבו זוג נפטר או ארשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.

נספח ג'

רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

תביעה מכח תקנון קרן הפנסיה עתודות קרן פנסיה ותיקה מאוזנת

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 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.

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' - 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, ביוזמתך או ביוזמת החברה המנהלת, לזמן אותך לוועדה נוספת, לבדיקה האם חל שינוי במצבך הבריאותי. קבעה הועדה הרפואית כי חל שינוי במצבך הרפואי, תקבע את דרגת הנכות ופנסיית הנכות תחושב מחדש בהתאם לשינוי, או, לפי הנסיבות, תופסק ההכרה בהיותך נכה והכל בהתאם לקבוע בתקנון הקרן.

בנוסף, אחת ל- 5 שנים תבחן הקרן את מצבך הרפואי ביחס להחלטת הועדה 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.

בנוסף, בהתאם להוראות סעיף 30 (א) לתקנון הקרן, עומדת בפניך האפשרות לערער על החלטת רופא הקרן וזאת בפני ועדה רפואית 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 בלתי תלויה, היושבת באחד מבתי החולים בארץ, אשר רשאית לזמנך לבדיקה. החלטת הועדה הרפואית בסוגיות רפואיות הינה סופית ותחייב את הצדדים לכל דבר ועניין, ולא תהיה ניתנת לערעור או לתקיפה בכל דרך שהיא. את הערעור לוועדה רפואית עליך לשלוח למשרדנו לרח' נירים 2, ת.ד. 9300, ת"א 67060.

נשמח לעמוד לרשותך בכל שאלה או הבהרה.

בברכה,

מחלקת תביעות ותשלומי פנסיות

--- לא מסווג ---

אגף תפעול

כלל פנסיה וגמל בע"מ