



לקוח יקר,

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

את הטופס והמסמכים הנדרשים אנא העבר אלינו, לכתובת:

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

לפקס שמספרו: 077-5556662

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

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

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו 03-6387842

בברכה,

מערך התביעות

כלל פנסיה וגמל בע"מ



הליך בירור ויישוב התביעה

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

עמית המעוניין להגיש תביעה לפי תקנון קרן פנסיה "כלל פנסיה" ו/או "כלל פנסיה משלימה" ("קרן הפנסיה"), מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהעמית, תבחן החברה את זכאות העמית לקצבת נכות, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה. לפרטים נוספים בעניין הליך בחינת החברה את זכאותך לקצבת נכון ראה נספח ב' להלן.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להיעזר במומחה¹ 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.

עמית מבוטח אשר הוכר כנכה על ידי הגורם הרפואי וחלה החמרה במצבו, **לרבות הפיכתו לנכה סיעודי**, יהיה רשאי להגיש תביעה לקבלת קצבה בגין ההחמרה האמורה. הוכר עמית מבוטח כנכה סיעודי, תחושב קצבתו ע"י מכפלת קצבת הנכות כמפורט בתקנון הקרן, בשיעור של 133% ובלבד שקצבת הנכות המשולמת לו לא תעלה על השכר הקובע.

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 ג').

לתשומת לבך, ככל שתביעתך לקבלת קצבת נכות מהקרן תידחה באופן מלא או חלקי, ורכשת בכלל חברה לביטוח בע"מ ("כלל ביטוח") כיסוי מטריה לקרן פנסיה, באפשרותך לפנות לכלל ביטוח על מנת לבחון את זכויותיך בהתאם לכיסוי האמור.

נבקש להדגיש, כי תביעה לקבלת קצבת נכות מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 ועל פי הוראות תקנון הקרן. בהתאם להוראות תקנון הקרן המעודכן תביעת נכות שלא תוגש בתוך 3 שנים ממועד קרות האירוע המזכה, כהגדרתו בתקנון, תתיישן. חשוב להבהיר, כי אין במשלוח דרישה לקבלת קצבת נכות כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית דין לעבודה עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בחישוב תקופת ההתיישנות של תביעה, לא תבוא במניין התקופה שמיום 7.10.2023 ועד ליום 6.4.2024 או מועד אחר שיקבע בחוק.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

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

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

על מנת להגיש תביעה לקבלת קצבת נכות על פי תקנון קרן הפנסיה, על העמית למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח א', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב. מנגנון הארכת תקופת הזכאות והכללים על פיהם בוחנת החברה מחדש את הזכאות לקבלת תשלומים עתיים הרצ"ב כנספח ב'.

במידה שהלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא, עליו להמציא מסמכים מבססים. הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות תקבע בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ובכפוף להמצאת המסמכים.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על העמית להעביר אל החברה לכתובת: רחוב ראול ולנברג 36, מגדל 8, קריית עתידים, ת.ד. 58250 תל אביב 6136902 או לפקס 5556662-077.

מובהר כי לצורך הגשת התביעה יש לשלוח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובת או לפקס הנזכרים לעיל בלבד, ואין די במשלוח הטופס ו/או המסמכים כל כתובת או פקס אחרים, לרבות לא אל סוכן הביטוח.

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

1 לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי אך למעט ייעוץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.



המסמכים הנדרשים מהתובע לצורך הגשת תביעה לקבלת קצבת נכות

עמית התובע קצבת נכות מהקרן, יגיש תביעתו על טופס המיועד לכך, אשר יומצא לו על-ידי החברה המנהלת. לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהעמית, תבחן החברה את זכאות העמית לקצבת נכות, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה.

תנאי זכאות לקבלת קצבת נכות

- ☐ העמית הוכר כנכה ע"י גורם רפואי.
- ☐ העמית היה מבוטח בקרן במועד האירוע המזכה בקצבת נכות.
- ☐ הסתיימה תקופת אכשרה, טרם מועד האירוע המזכה.
- ☐ הנכות לא נגרמה כתוצאה מאירוע או מחלה אשר הוחרגה בהליך החיתום הרפואי של העמית.
- ☐ התביעה לקבלת קצבת נכות הוגשה לחברה המנהלת בתוך שלוש שנים ממועד האירוע המזכה.
- ☐ העמית החזיר לקרן כספים שמשך או העביר ממרכיב התגמולים לאחר מועד האירוע המזכה (רלוונטי לעמית שביצע משיכה או נידוד של הכספים מהקרן).

להלן רשימת המסמכים הדרושים לצורך טיפול בתביעת נכות:

- ☐ טופס תביעה לקבלת קצבת נכות כשהוא מלא על כל סעיפיו כולל חתימת העמית.
- ☐ כתב ויתור על סודיות רפואית.
- ☐ טופס 101 חתום לשנת המס הנוכחית.
- ☐ יש להשאיר את סעיף א' פתוח (סעיף זה ימולא ע"י קרן הפנסיה בלבד).
- ☐ סעיף ד' – חובה למלא.
- ☐ סעיף ה' – חובה למלא בהתאם להכנסות העמית פרט לקצבת הנכות המשולמת מהחברה.
- ☐ מסמכים רפואיים הנוגעים לתביעה, המצויים בבתי חולים, במוסדות רפואיים, בידי רופאים יחידים או אצל גופים אחרים המעידים על מצבך הבריאות.
- ☐ צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח.
- ☐ צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון בנק עם פרטי העמית.
- ☐ תלושי שכר בגין 12 חודשים לפני האירוע בגינו הוגשה התביעה*.
- ☐ * במידה ולא קבלת שכר החל מיום האירוע שבגינו הוגשה התביעה עליך להמציא על כך אישור ממעסיקך או למלא את סעיף 4.1 בטופס התביעה.
- ☐ תלושי שכר החל מיום האירוע בגינו הוגשה התביעה ועד ליום האחרון בו העמית הפסיק לקבל שכר ותלושי שכר.
- ☐ במידה והינך עצמאי – יש להגיש אישור מרואה החשבון על ממוצע הכנסותיך החודשיות החייבות במס בגין 12 חודשים לפני האירוע בגינו הוגשה התביעה וכן אישור מרואה החשבון על הכנסות החל מיום האירוע בגינו הוגשה התביעה וכל עוד קיימות הכנסות.
- ☐ פירוט הסכומים שקיבלת מהמוסד לביטוח לאומי כדמי אבטלה (במידה והנך מקבל דמי אבטלה מהמוסד לביטוח לאומי).

לתשומת ליבך – מבוטח הזכאי לפנסיה נכות מלאה, אשר הפך לנכה סיעודי לפני הגיעו לגיל פרישה, יהיה זכאי לתוספת לפנסיה הנכות, בהתאם לתנאי התקנון. לצורך בחינת זכאותך לקבלת תוספת סיעודית, נבקשך להגיש מסמך הערכה תפקודית ככל שקיים ברשותך ו/או מסמכים רפואיים המעידים על אובדן היכולת לבצע את פעולות היום יום (לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות באופן עצמאי או תשישות נפש)



מסמכים להגשה במקרה של תביעה קצבת ממקור אחר

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.

חובה לצרף את המסמכים הבאים:

- ☐ מסמכים שהוגשו למשרד לביטוח לאומי/משרד הביטחון.
- ☐ אישורים על תשלומי גמלה או תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון הכוללים פרוטוקולים לרבות אחוזי הנכות שנקבעו, הסכומים ששולמו והתקופה שאושרה.
- ☐ 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 הביטחון, יש לשלוח את אישור הדחייה.

ייצוג ע"י עורך דין

ככל שהנך מיוצג ע"י עו"ד, יש לצרף ייפוי כוח חתום כנדרש.

לתשומת ליבך, במידה ולא יתקבל ייפוי כוח תקין הטיפול בתביעה יתבצע מול מגיש התביעה בלבד.

נבקש להדגיש, כי תביעה לקבלת קצבת נכות מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 [1] ועל פי הוראות תקנון הקרן. בהתאם להוראות תקנון הקרן המעודכן תביעת נכות שלא תוגש בתוך 3 שנים ממועד קרות האירוע המזכה, כהגדרתו בתקנון, תתיישן. חשוב להבהיר, כי אין במשלוח דרישה לקבלת קצבת נכות כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית דין לעבודה עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בחישוב תקופת ההתיישנות של תביעה, לא תבוא במניין התקופה שמיום 7.10.2023 ועד ליום 6.4.2024 או מועד אחר שיקבע בחוק.

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

נשמח לעמוד לרשותך בכל שאלה או הבהרה בטלפון 03-6387842

בכבוד רב,

מחלקת תביעות

כלל פנסיה וגמל בע"מ



נספח א': בקשה לתשלום קצבת נכות מלאה/חלקית

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

☐ "כלל פנסיה" - קרן מקיפה ☐ "כלל פנסיה משלימה" - קרן כללית משלימה

1. פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
מין ☐ זכר ☐ נקבה	תאריך לידה	מס' טלפון	מס' ניד	דואר אלקטרוני	
רחוב		מספר בית	יישוב	מיקוד	

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

☐ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) ☐ דואר רגיל

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

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

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

אני מוסר לכלל פנסיה וגמל בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לרכוש את המוצר או לקבל את השירות לגביו לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שיגיע אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולשימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרות השימוש, למי ימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

2. תביעה לנכות (סמן בחירתך):

☐ חלקית ☐ מלאה

3. הנכות היא תוצאה של (סמן בחירתך):

☐ מחלה ☐ מחלת מקצוע ☐ שמירת הריון ☐ תאונת עבודה ☐ תאונת דרכים - עבודה ☐ שירות בכוחות הביטחון (משטרה, צה"ל, שב"ס וכו'...) ☐ פעולת איבה או מלחמה ☐ תאונה ☐ תאונת דרכים

4. מועד האירוע לתביעה:

תאריך קרות האירוע: _____

4.1 למילוי על ידי המעסיק בלבד (חובה למלא את 2 השדות)

- הרני מצהיר כי הנ"ל התחיל לקבל שכר בגין ימי מחלה החל מתאריך _____
 - הרני מצהיר כי הנ"ל סיים את זמאיו לימי מחלה ולא קיבל שכר ו/או תלושי שכר החל מתאריך _____
- תאריך: _____ חתימת וחותמת המעסיק: _____

5. פרטי חשבון בנק:

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון
---------	----------	------------	------------

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

6. פרטים נוספים על המבוטח:

- מקצוע _____ עיסוק _____
- האם הנך ☐ שכיר ☐ עצמאי
- מה היה עיסוקך בפועל לפני קרות האירוע (מסור תיאור קצר לגבי עיסוקך)
- האם שינית את מקצועך / משלח ידך / עיסוקך מאז שהצטרפת לקרן הפנסיה, אם כן, נא פרט: _____
- מהי השכלתך? (מספר שנות לימוד, תואר אקדמי, קורסים מקצועיים וכד')



6.6 פרט בטבלה שלפניך מה היו עיסוקיך בעבר:

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

6.7 אחוזי משרה בה עבדת לפני קרות האירוע _____

6.8 אחוזי משרה בה הנך עובד לאחר קרות האירוע _____

7. פרטים נוספים על המבוטח:

7.1 האם הנכות נגרמה על ידי תאונה / מחלה? _____

7.2 מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____

7.3 תאר את המהלך, סיבות ותוצאות התאונה / המחלה שביסוד תביעתך _____

7.4 פרט את שמות הרופאים ומוסדות הרפואיים בהם טופלת בקשר לתאונה / מחלה _____

7.5 שם הרופא המטפל (שם קופ"ח) אשר טיפל בך לפני הצטרפותך לקרן הפנסיה _____

7.6 האם אתה עדיין מאושפז במוסד כלשהו? כן, פרט: _____

7.7 עד מתי עבדת לאחרונה ובאיזה עיסוק? _____



7.8 האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו/בחברה כלשהי? ☐ כן ☐ לא

אם כן, מהו העסק? _____ מהו שיעור בעלותך בו % _____ מה התקבולים שאתה מקבל ממנו _____

7.9 האם הינך מרותק למיטה / ביתך על פי הוראות הרופא? אם כן, עד מתי? _____

7.10 האם איבדת את יכולתך לבצע פעולה מפעולות היום-יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות באופן עצמאי או תשישות נפש? ☐ כן ☐ לא

אם כן - איזו פעולה ומתי איבדת את יכולתך לבצעה? _____

7.11 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) _____

7.12 האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה / מחלה? אילו בעיות רפואיות? ממתי סבלת מאותן בעיות רפואיות? _____

7.13 האם יש לך מקורות הכנסה שלא פורטו לעיל? אנא פרט את כל מקורות ההכנסה מכל סוג שיש לך _____

7.14 האם יש לך ביטוחים אחרים לרבות ביטוח מנהלים, קרנות פנסיה נוספות, המכסים נכות ו/או אובדן כושר עבודה? נא לציין זאת בליווי כל הפרטים הרלוונטיים (שם חברה, מספר פוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח וכו') _____

7.15 זכאות על פי חוק: כן / לא (נא הקף בעיגול)

האם האירוע המזכה נגרם כתוצאה 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 מפעולת איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תש"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: _____



7.16 זכאות ממקורות אחרים:

- האם הגשת או בכוונתך להגיש בקשה לקבלת גמלה / קצבה / תשלומי ביטוח / תשלום אחר בגין האירוע?
אם כן, אנא פרט:
- האם שולמה גמלה / קצבה / תשלומי ביטוח / תשלום אחר בגין האירוע? כן / לא (נא הקף בעיגול)

סוג התשלום	מועדי התשלום	סכומי התשלום

האם הוכרה הזכאות על ידי מקור אחר וטרם בוצע התשלום?

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

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

8. שמירת הריון:

8.1 יש לפרט את הבעיה הרפואית שבגינה הינך נמצאת בשמירת הריון.

8.2 מהו תאריך הלידה המשוער?

9. איש קשר מטעמי לטיפול בבקשה:

איש קשר מטעמי לטיפול בתביעה זו:

שם פרטי ומשפחה: כתובת:

מספר טלפון: כתובת דוא"ל:

כמו כן יש לצרף יפוי כוח של איש קשר זה

אני מאשר/ת לכלל פנסיה וגמל לפנות לבנק בו מתנהל חשבוני אימות פרטי החשבון בטרם ביצוע התשלום. האימות יבוצע באמצעות השוואת הפרטים שמסרתי במעמד הגשת התביעה עם הפרטים המצויים בידי הבנק. כלל תשומת תיעוד של האימות במאגר המידע שלה. אני מוותר/ת על כל טענה בדבר הפרת חובת הסודיות המוטלת על הבנק בגין האימות, והנני מורה בזאת לבנק להשיב לבקשת האימות שהתקבלה לאחר שהבנתי את משמעות האמור. ידוע לי כי באפשרותי לחזור מהסכמתי זו ע"י פניה למוקד השירות וזאת כל עוד לא נשלחה בקשת האימות. ידוע לי כי לבנק לא תהיה כל אחריות מכל מין וסוג שהוא על המידע שהועבר לכלל ושנשמר בידי כלל ולאבטחת המידע בידי כלל.

הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי עד כה נכונים. הנני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי באחד או יותר מהפרטים הללו.

תאריך מילוי הבקשה: חתימת העמית:

נבקש להדגיש, כי תביעה לקבלת קצבת נכות מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 ועל פי הוראות תקנון הקרן. בהתאם להוראות תקנון הקרן המעודכן תביעת נכות שלא תוגש בתוך 3 שנים ממועד קרות האירוע המזכה, כהגדרתו בתקנון, תתיישן. חשוב להבהיר, כי אין במשלוח דרישה לקבלת קצבת נכות כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית דין לעבודה עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בחישוב תקופת ההתיישנות של תביעה, לא תבוא במניין התקופה שמיום 7.10.2023 ועד ליום 6.4.2024 או מועד אחר שיקבע בחוק.

במידה ויש צורך בבירורים, ניתן לפנות לבעל הרשיון שמטפל בי. פרטי בעל הרשיון:

שם: טלפון: דוא"ל:

לפנות ישירות אלי בטלפון: דוא"ל:

אני מאשר לחברות מקבוצת כלל ביטוח ופיננסים להציע לי מעת לעת מוצרים ושירותים שונים בהתאם למידע אודותי שישולב מכל חברות הקבוצה. ההצעות יישלחו בין השאר בדואר אלקטרוני, במסרונים ובוואטסאפ, ובדיוור ישיר בכל אמצעי התקשורת.

תאריך: חתימה:



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 של גוף מוסדי, חברת ביטוח או חברה מנהלת של קרן פנסיה 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 הבריאות, 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 לכלל פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "כלל פנסיה") 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 ולרבות גופים מוסדיים, חברות ביטוח וחברות מנהלות של קרנות פנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למידע אודותי שברשותם ובכל הנוגע למידע בדבר תשלומים ששולמו ו/או משולמים לי על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הבטחון ו/או חברת ביטוח ו/או קרן פנסיה.

הנני מוותר בזאת על סודיות כלפי כלל פנסיה, ולא תהיה לי אל כל המוסדות הרשומים מעלה לרבות קופת 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 עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

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

חתימה: _____ תאריך: _____

עד מהימן לחתימה*

אני _____ מספר ת.ז./רישיון _____ מאשר בזה כי הנ"ל חתם בפני על כתב הויתור הנ"ל.

חתימה: _____ תאריך: _____

* על עד מהימן לחתום חתימה וחותמת לרבות פרטיו המלאים: שם מלא + מספר רישיון או מספר ת.ז.

עד מהימן הנו: רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק או סוכן ביטוח.



הנחיות למילוי כרטיס עובד

יש למלא את שני העמודים של הטופס

עמוד ראשון:

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

עמוד שני:

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

*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).

0101/130

דף 1 מתוך 2

כרטיס עובד⁽¹⁾



סמון/י $\sqrt{\quad}$ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק⁽¹⁾

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 למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובדת/ (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		תאריך עליה	
מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)		כתובת פרטית							
רחוב/שכונה		מספר		עיר/שוב		מיקוד			
מין		מצב משפחתי		תושב ישראל		חבר קיבוץ/מושב שיתופי		חבר בקופת חולים	
☐ זכר ☐ נקבה		☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)		☐ כן ☐ לא		☐ לא ☐ כן. הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ. ⁽⁸⁾ ☐ לא ☐ כן. הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ.		☐ לא ☐ כן, שם הקופה _____	
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון		/		מספר טלפון נייד		/	

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעסיק זה

סמך/י $\sqrt{\text{ליד שם הילד}}$: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך
בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

תאריך תחילה העבודה (1) בשנת המס 	אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)
	☐ משכורת חודש ⁽²⁾ ☐ משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾ ☐ משכורת חלקית ⁽⁴⁾ ☐ שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾ ☐ קצבה ⁽⁶⁾ ☐ מלגה ⁽¹⁾

[illegible]

ה. פרטים על הכנסות אחרות

☐	אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה ⁽¹⁾
☐	יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
☐	משכורת חודש ⁽²⁾
☐	משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾
☐	משכורת חלקית ⁽⁴⁾
☐	מלגה ⁽¹⁾
☐	אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן:
☐	אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת ⁽⁷⁾
☐	אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו ⁽⁸⁾
☐	אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽⁹⁾
☐	אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) : : : : : : : : : :	☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת			

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

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

ר"ג, אגף בכיר טכנולוגיות דיגיטליות ומידע (מעודכן ל - 11.2023)



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

1	☐ אני תושב/ת ישראל.
2 א	☐ אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בחלק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות ממשכורת, מקצבה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
2 ב	☐ בנוסף, אני מקבל תגמול חודשי לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) או לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה ⁽¹⁴⁾ . יש לצרף אישור על קבלת תגמול זה.
3	☐ אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה ⁽¹³⁾ 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 חדש/ה מתאריך _____. לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____. מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. חובה לצרף: תעודת עולה.
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 עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.
6	☐ אני הורה במשפחה חד הורית ⁽¹¹⁾ 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 ילדיי 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 ⁽¹²⁾ . ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____.
8	☐ בגין ילדיי המפורטים בחלק ג. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽¹²⁾ . ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
9	☐ אני הורה יחיד ⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בחלק ג ובהתאם לסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	☐ בגין ילדיי 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	☐ אני הורה ל ____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
12	☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
13	☐ מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
14	☐ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____. מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
15	☐ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות 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 מעסיק 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 ⁽¹⁾ כמפורט להלן: <table><tr><th colspan="3">ה מ ע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾</th><th rowspan="2">סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/ מלגה/אחר)</th><th rowspan="2">המס שנוכה (לפי התלושים)</th></tr><tr><th>שם</th><th>כתובת</th><th>מספר תיק ניכויים</th></tr><tr><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td></tr></table>	ה מ ע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾			סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/ מלגה/אחר)	המס שנוכה (לפי התלושים)	שם	כתובת	מספר תיק ניכויים			9					9					9		
ה מ ע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾			סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/ מלגה/אחר)	המס שנוכה (לפי התלושים)																				
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 למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.
תאריך _____ חתימת המבקש/ת _____



דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעסיק"** 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** - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש.
- (3) **משכורת בעד משרה נוספת** - משכורת בעד עבודה של יותר מ - 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) **משכורת חלקית** - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע. **משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.**
- (5) **שכר עבודה** - משכורת בעד עבודה של פחות מ - 18 יום בחודש אך לא פחות מ - 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) **קצבה** - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (8) **אם העובד מילא משבצת זו** - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (9) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - על המעסיק 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 המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) **הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה:** רווק, גרוש, אלמן, פרוד (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) **ישוב מזכה** - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.
- (14) **עובד ימלא משבצת זו (ב2')** - רק בתנאי שמילא את המשבצת בסעיף 2א' ורק כך יהיה זכאי לתקרת הפטור הגבוהה.



נספח ב': הליך בחינת החברה לזכאות לקצבת נכות

1. הגדרות:

– "נכה"

עמית מבוסס שלפחות 25% מכושרו לעבוד נפגע מחמת מצבו הבריאותי, וכתוצאה מכך אינו מסוגל לעבוד בעבודתו או בכל עבודה אחרת המתאימה לו לפי השכלתו, הכשרתו או ניסיונו במשך תקופה העולה על 90 ימים רצופים. קביעת הנכות תהיה בהתאם להחלטת הגורם הרפואי הרלוונטי ובכפוף להוראות תקנון הקרן.

– "נכה מלא"

עמית מבוסס שלפחות 75% מכושרו לעבוד נפגע מחמת מצבו הבריאותי, וכתוצאה מכך אינו מסוגל לעבוד בעבודתו או בכל עבודה אחרת המתאימה לו לפי השכלתו, הכשרתו או ניסיונו במשך תקופה העולה על 90 ימים רצופים. קביעת הנכות תהיה בהתאם להחלטת הגורם הרפואי הרלוונטי ובכפוף להוראות תקנון הקרן.

– "נכה חלקי"

נכה שאינו נכה מלא.

– "נכה סיעודי"

נכה מלא שהגורם הרפואי קבע כי התקיימו בו אחד משני אלה:

(א) מצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, שבגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו פעולות יומיומיות, ולפחות 4 פעולות מתוך 6 הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגריסולתנייד, כהגדרת פעולות אלה בהוראות שקבע הממונה לעריכת תכנית לביטוח סיעודי;

(ב) הוא "תשוש נפש". לעניין זה – תשישות נפש – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוסס וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

2. זכאות לקבלת קצבת נכות

קבלת קצבת נכות, תחל מהיום ה-61 שלאחר מועד האירוע המזכה, לפי קביעת הרופא או הועדה הרפואית (לתביעות ארוע המזכה ובקרת המשלימה החל מתאריך 1/1/2022).

עמית מבוסס אשר הוכר כנכה על ידי הגורם הרפואי וחלה החמרה במצבו, לרבות הפיכתו לנכה סיעודי, יהיה רשאי להגיש תביעה לקבלת קצבה בגין ההחמרה האמורה.

עמית אשר רכש כיסוי ביטוחי לנכות כפולה, יהיה זכאי לתשלום קצבת נכות כפולה במהלך שני חודשי הקצבה הראשונים (לתביעות ארוע המזכה ובקרת המשלימה החל מתאריך 1/1/2022).

עמית אשר רכש כיסוי ביטוחי לנכות מתפתחת, תוגדל קצבת הנכות שתשולם לו בשיעור שנתי של 2% (לתביעות ארוע המזכה בקרת המקיפה החל מתאריך 1.6.2018 ובקרת המשלימה החל מתאריך 1/1/2022).

עמית מבוסס שהוכר כנכה, לאחר שחלפו פחות מ-6 חודשים מהמועד האחרון שבו היה זכאי לקבלת קצבת נכות מהקרן, יהיה זכאי לקבלת קצבת נכות מהקרן ממועד האירוע המזכה בקצבת נכות, ובלבד שנכותו נגרמה בשל אותו אירוע מזכה שבגינו הוכרה נכותו הקודמת.

הוכר עמית מבוסס כנכה על ידי רופא הקרן או הועדה הרפואית של הקרן, יהיה זכאי לקבל קצבת נכות, ובלבד, שהעמית היה לנכה לפני הגיעו לגיל תום תקופת ביטוח במסלול בו בוטח.

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

כ-3 חודשים לפני תום מועד הזכאות לקצבת נכות, ישלח לנכה מכתב המעדכן אותו על סיום הנכות ועל האפשרויות העומדות בפניו.

הוכר עמית כנכה חלקי על ידי רופא הקרן או הועדה הרפואית של הקרן, יהיה זכאי לקבל קצבת נכות חלקית. קצבת הנכות החלקית תחושב כמכפלת שיעור הנכות שנקבעה לו בקצבת הנכות שלה היה זכאי לו היה מוכר כנכה מלא.

נכה חלקי שאינו ממשיך בעבודתו או שמעסיקו אינו משלם בגינו דמי גמולים רשאי לבחור באחת מן האפשרויות הבאות: להמשיך ולשלם תשלומים כעמית עצמאי בגין חלק ההכנסה הקובעת לפני הפיכתו לנכה.

- לא להעביר כל תשלום בגין ההכנסה הלא מבוססת. במקרה כאמור יהיה הנכה זכאי לפנסיה הנכות החלקית שנקבעה לו, ולא יהיה זכאי לפנסיה שאירים ולפנסיה נכות בגין ההכנסה הלא מבוססת בשל החמרת נכות קיימת ו/או נכות שתגרום מאירוע שאינו קשור לנכותו הקיימת.



- להצטרף להסדר ביטוח במסגרתו תרכוש כיסוי ביטוחי לצורך שמירה על היקף הכיסוי הביטוחי בטרם הפכת להיות נכה. לגבי עמית נכה שחלה הפחתה בדרגת הנכות שנקבעה לו, ולגבי חלק השכר הקובע שהופחת, תחול ארכת הביטוח החל במועד תחילת ההפחתה. בתקופת ארכת הביטוח העמית יהיה מבוטח לגבי חלק השכר הקובע שהופחת ובהתאם להיקף הכיסוי הביטוחי שהיה לו בטרם הפך לנכה. יובהר כי עמית אשר זכאי לקבלת קצבת נכות מלאה, ומשולמת לו קצבת נכות מהקדן, אינו רשאי לרכוש כיסוי ביטוחי נוסף על הכיסוי הניתן לו כנכה מלא.

3. הליך טיפול בתביעה לקבלת קצבת נכות

רופא הקדן

הבקשה שהגיש העמית, כולל המסמכים שצירף ומסמכים נוספים ככל שנאספו יעברו לרופא הקדן ו/או וועדה הרפואית. רופא הקדן יקבע בהחלטתו המנומקת את הקביעות הבאות: האם העמית המבוטח נכה, לרבות נכה סיעודי, מועד האירוע המזכה, האם הסתיימה תקופת האכשרה והאם הנכות נגרמה כתוצאה מתאונה, מחלה, מום או כל מצב רפואי שחלות לגביו הוראות לעניין תקופת אכשרה, האם הנכות נגרמה מאירוע או מחלה שהוחרגו בהליך החיתום הרפואי, ככל שהיה חיתום רפואי, שיעור הנכות, תקופת הנכות והאם חלה הרעה או הטבה במצבו הבריאותי של עמית נכה, את מועד תחילת ההרעה או ההטבה במצבו הבריאותי.

ועדה רפואית

החברה המנהלת תישא בעלויות העסקת הרופא מטעם העמית בסכום שיקבע על ידה ושלא יפחת מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה הרפואית או עלות העסקת הרופא מטעם העמית, הנמוך מבניהם. במועד אישור תקנון זה – סכום השתתפות החברה המנהלת בעלות העסקת הרופא מטעם העמית – 350 ₪ בתוספת מע"מ.

ועדה רפואית לערעורים

חלק עמית מבוטח על קביעת הוועדה הרפואית, יהא רשאי להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, וזאת בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה המנהלת על החלטת הוועדה הרפואית.

החלטת הוועדה הרפואית לערעורים בסוגיות רפואיות הינה סופית ותחייב את הצדדים לכל דבר ועניין, ולא תהיה ניתנת לערעור או לתקיפה בכל דרך שהיא.

תביעת קיצבה ממקור אחר

קבעה החברה המנהלת כי הנכות נגרמה מאירוע מזכה המקנה זכאות לתשלום קצבה ממקור אחר, תותנה מלוא זכאותו של עמית לקצבת נכות בכך שיתבע את התשלומים המגיעים לו לקצבה ממקור אחר ובהתאם להוראות החוק הרלוונטי.

לא פנה העמית הנכה בתביעה לתשלום קצבה ממקור אחר, או לא הגיש העמית ערעור על ההחלטה בעניין הזכאות לקבלת קצבה ממקור אחר, תוך 45 ימים ממועד הודעת החברה המנהלת, תחושב קצבת הנכות כמכפלת כל אלה:

1. השכר הקובע לקצבת נכות;

2. 25%;

3. שיעור הנכות שנקבע לעמית על ידי הגורם הרפואי.

מעקב אחר מקבלי קצבאות

החברה המנהלת תפנה למקבלי קצבת נכות בהתאם למועדים שייקבעו על ידה ובתדירות שלא תפחת מפנייה אחת בכל שנת זכאות לקצבת נכות, ובמקרה של נכה מלא לצמיתות, בתדירות שלא תפחת מפנייה אחת בכל שנתיים של זכאות לקצבת נכות, לצורך קבלת פרטים ומסמכים בנוגע להמשך זכאותם לקבלת קצבת נכות מהקדן.

במקרה שעל פי הנתונים העדכניים תמצא זכאי לקצבת נכות השונה מזו שהשתלמה לך בפועל, תפעל הקדן להשבת הסכומים ששולמו לך שלא על פי תקנון הקדן או לתשלום הסכומים שהיו אמורים להשתלם לך על פי תקנון הקדן, בהתאם לעניין, ותעדכן את תשלומי קצבת הנכות שישתלמו לך להבא, או תפסיקם, בהתאם לנתוניך העדכניים.



נספח ג': 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.

לאחר שהתקבלו אצל החברה מסמכי התביעה, החברה תמסור לעמית הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה.

אם החברה זקוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע – על החברה לדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהיום בו נתברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

לידיעתך: בכל מקרה בו תובע לא ימציא מידע ומסמכים שהתבקשו וזאת בתוך 30 יום מהדרישה המקורית, יסתיים הטיפול בתביעה והתובע רשאי לשוב ולפנות בעניין התביעה בכפוף לדיני ההתיישנות.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנתבקשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 14 ימי עסקים ממועד זה החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעה (בדרך של תשלום או דחייה), או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור.

הודעת יישוב תביעה שתימסר לתובע, תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזר, בהתאם לאופן בו יושבה התביעה:

הודעת תשלום תכלול, בין השאר, פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שמדובר בהודעת תשלום עיתי, ההודעה תכלול בנוסף, בין השאר, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות.

הודעת דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, ההתניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה.

הודעת המשך בירור שנמסרת לתובע, תכלול את הסיבות בגין 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 מהתקנון תיענה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה.

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

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 לחוזר גופים מוסדיים 9-9-2016 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר בכתובת: www.gov.il (רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון | הסדרה וחקיקה)

טבלת המועדים לטיפול בבקשות עמיתים שמועד האירוע מזכה בקרן המשלימה עד לתאריך ה-1/1/2022.

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(7)	דרישה מידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים
8(יד)	מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימים
8(טו)(1)	מסירת העתק מתקנון	14 ימי עסקים
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים

טבלת המועדים לטיפול בבקשות עמיתים שמועד האירוע מזכה בקרן המקיפה החל מיום 1/6/2018 ובקרן המשלימה עד לתאריך ה-1/1/2022.

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