

עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

בקשה לתשלום קצבת נכות

- שלום רב,
בהמשך לפנייתך לקבלת קצבת נכות, רצ"ב טופס בקשה לתשלום קצבת נכות.
הינך מתבקש/ת להעביר אלינו באמצעות הדואר או באמצעות מרכזי השירות, את הטופס חתום על ידך ומאומת ע"י נציג הקרן, עו"ד או המעסיק בצירוף המסמכים הבאים:
- צילום תעודת זהות הכולל ספח (עם חותמת "נאמן למקור" ע"י עו"ד או נציג הקרן או מי שהוסמך ע"י הקרן).
 - המחאה מקורית מבוטלת או אסמכתא אחרת מהבנק בו מתנהל חשבונך, הכוללת מידע בדבר ניהול החשבון, לרבות שם בעל החשבון, מספר תעודת זהות ופרטי חשבון מלאים הכוללים מספר חשבון ופרטי הסניף.
 - אישור מיצוי ימי מחלה מהמעסיק. על האישור לציין את המועד המדויק בו ימוצו ימי המחלה (יום, חודש ושנה) במקרים בהם המעסיק הוא זה אשר מאמת את פרטי המבוטח כמפורט בסיום בקשה זו, אזי ניתן לאשר תאריך סיום מיצוי ימי המחלה ע"י חתימת המעסיק בסעיף 8 להלן.
 - אישור מיצוי ימי אבטלה וטופס הפסקת עבודה (במידה וקיבלת דמי אבטלה)
 - מסמכים רפואיים עדכניים.
 - כתב ויתור על סודיות רפואית.
 - צילום תיק רפואי ממרפאה תעסוקתית של קופת החולים אליה משתייך המבוטח (במידה וקיים).
 - טופס הוראה בלתי חוזרת מקורי חתום ע"י העמית וע"י הבנק (רצ"ב טופס ריק).
 - צילום 36 תלושי שכר אחרונים (רלוונטי לכל קרנות הפנסיה, למעט קרנות קג"מ ומקפת)
 - טופס 106 לשנה שקדמה לשנת הגשת הבקשה לקצבת הנכות.
 - העתק הסכם רציפות זכויות מגוף שאינו קרן וותיקה (במידה וקיים).
 - טופס 101 (רצ"ב טופס ריק).
 - במידה והינך מבקש ליהנות מפטור ממס (ככל שהדבר ניתן) ביחס לקצבה שתשולם לך, הינך מתבקש להמציא צילום טופס 161 חתום ע"י מעסיקך.
 - אישור תושבות במידה ורלוונטי.
 - מסמכים המעידים על שינוי גיל (במידה ונעשה) שיניחו את דעת קרן הפנסיה בדבר נכונות התיקון.
- מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי:**
- "אישור תקופת ביטוח ומעסיקים" - מהמוסד לביטוח לאומי. ניתן להזמין את האישור באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי: www.btl.gov.il - תחת טפסים ואישורים / תקופות עבודה / אישור תקופות ביטוח ומעסיקים.
 - החלטות ופרוטוקולים של המוסד לביטוח לאומי (במקרה של נכות כללית ונכות כתוצאה מפגיעה בעבודה)
 - פירוט תשלומי קצבה ממחלקת נפגעי עבודה בביטוח לאומי (במידה והינך מקבל קצבה) או אישור על תשלום מענקים חד פעמיים ככל שהוכרת כנפגע עבודה שאינו זכאי לקצבה או לחילופין, אישור מביטוח לאומי על אי קבלת קצבה.
 - הצהרה לצורך חישוב תקופה כוללת (רצ"ב טופס ריק) - אישור זה נדרש רק במקרים בהם חודש ההפקדה הראשון היה לפני אפריל 1984 והתקופה שחלפה מחודש ההפקדה הראשון ועד תאריך היציאה לפנסיה קצרה מ-35 שנה.
- לתשומת ליבך,**
תנאי מקדים והכרחי לבחינת בקשתך הינו המצאת אישור מעסיק בעניין מיצוי ימי מחלה וכן המצאת מלוא המסמכים הרפואיים הנדרשים כמפורט לעיל.
אי המצאת מלוא המסמכים כאמור ביחד עם הבקשה יגרום לעיכוב בטיפול. במקרה זה ייחשב המועד שבו הומצאו כל המסמכים כמועד הגשת הבקשה.
את כל הטפסים המלאים והמסמכים הנדרשים ניתן לשלוח בדואר לכתובת ת.ד. 7280 תל אביב 6107201 או להגישם פיזית במרכזי השירות של הקרן (מפורט בעמוד הבא).

לשרותך בכל עת,
חטיבת השירות.





דף הסבר – בקשה לקבלת קצבת נכות

מבוטח /ת נכבד/ה,

דף הסבר זה נועד להנחותך במילוי תקין של טופס "תביעה לתשלום קצבת נכות".
הינך מתבקש/ת לקרוא בעיון את ההנחיות על גבי טופס התביעה, שים/י לב להערות הבאות:

1. בהתייחס לסעיף 2: יש לציין את המאוחר מבין השניים:
 - מועד תחילת הנכות.
 - מועד מיצוי ימי המחלה הצבורים לזכותך ממקום עבודתך.
2. בהתייחס לסעיף 5- 'פרטי הבנק': במידה ובחשבון הבנק שלך יש שותפים יש לציין את שמותיהם.
3. בהתייחס לסעיף 7- 'זכויות בקרן פנסיה אחרת': יש לציין את כל הקרנות בהן צברת זכויות חוץ מהקרן ממנה הינך מבקש לפרוש.
במידה ואין לך זכויות באף אחת מהקרנות האחרות המצוינות בסעיף אין צורך למלא דבר!
4. בהתייחס לסעיף 8 – 'מיצוי ימי מחלה': הינך מתבקש לציין את המועד המדויק בו יסתיימו ימי המחלה להם הינך זכאי ממעסיקך (על המעסיק לחתום במקום המיועד לכך ולאשר את מועד מיצוי ימי המחלה למעט במקרים בהם הינך מבוטח בקרן מחלה של קרנות הפנסיה הוותיקות).
5. בהתייחס לסעיף 9 א' – 'סיבת הנכות': יש לסמן במשבצת המתאימה את הגורם לנכותך.
6. סעיף 12 ז' – יש למלא החלופה הרלוונטית אליך.
7. לתשומת ליבך: הינך מתבקש/ת להוסיף חתימתך במקומות המיועדים לכך. בנוסף, עליך לחתום על הטופס האמור בפני נציג הקרן או עורך דין או מעסיקך הנוכחי המבטח אותך בקרן.

לתשומת לבך, בכדי למנוע עיכובים מיותרים בטיפול בבקשתך נבקשך להקפיד למלא את הטופס בשלמות בכל המקומות המיועדים למילוי ע"י המבוטח.

טופס שמולא כנדרש הינו תנאי לתחילת הטיפול בבקשתך.

לידיעתך, מערכת הכללים של הקרן המפרטת את תהליך הטיפול בבקשה לקבלת קצבת נכות ניתנת להורדה מאתר

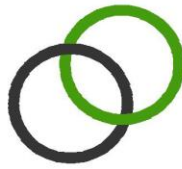
האינטרנט של עמיתים בכתובת www.amitim.com.

רשימת מרכזי השרות ושעות הפעילות:

מרכז שרות	כתובת	ימים ושעות פעילות
חיפה	שדרות פל 2 (חלונות הסיטי) בניין ברוש	א,ב,ד 8:30-13:00
תל אביב	יד חרוצים 12, קומת קרקע, מגדל קרסו	ג,ה 8:30-13:00
ירושלים	מגדל דונה (קומה 8) רחוב בית הדפוס 20, גבעת שאול	16:00-18:00
באר שבע	בנין לב הסיטי בניסה B (קומה 2) רחוב התקווה 2	
תעשייה אווירית	בסניף זה ניתן שרות פרונטאלי בתדירות משתנה. לצורך ברור ימי ושעות הפעילות יש להתקשר למוקד הטלפוני.	
מוקד טלפוני	6667* או במספר 12226667	א – ה 08:00-16:00

* השירות לעמיתי קרן הדסה ניתן במרכז השירות בירושלים.





לכבוד

קרו

בקשה לתשלום קצבת נכות

1. פרטי המבוטח

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מצב משפחתי	תאריך עליה
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	ת.ד.	
טלפון בבית	טלפון נייד	כתובת דוא"ל			

אני מאשר/ת לקבל את ההודעות בדבר בירור התביעה ותוצאותיה לכתובת הדוא"ל שעדכנתי בטופס זה. בחירתי בקבלת הודעות בדרך זו כוללת את כל ההודעות והמסמכים המתייחסים לתביעה זו, שישלחו ע"י קרו הפנסיה ללא יוצא מן הכלל. ולא תישלחנה הודעות בדואר רגיל.

2. אני _____ נושא/ת ת.ז. _____ מבקש/ת לאשר לי תשלום קצבת נכות החל מיום _____ / _____ / _____.

3. פרטי בן/בת הזוג

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מקום עבודה
סטטוס: נשוי/ה / ידוע/ה בציבור	תאריך נישואין	טלפון נייד		

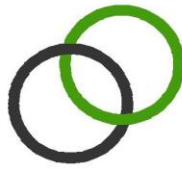
4. ילדי המבוטח/ת עד גיל 21 או ילדים נכים שאינם מסוגלים לכלכל עצמם (כולל ילדים מנישואים קודמים)

שם הילד	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מועד תחילת הנכות (רלוונטי לילדים נכים בלבד)

5. פרטי חשבון בנק

אבקש להעביר את תשלומי הקצבה לחשבוני בבנק (נא צרף/י צילום תעודת זהות והמחאה (שיק) מקורית מבוטלת או אסמכתא מקורית מהבנק על ניהול החשבון ופרטיו הכוללים את מספר החשבון ושם בעל החשבון חתומה בחותמת וחתימה):

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון



עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

חשבון הבנק הינו על שמי ושותפים בו :-

שם _____, ת.ז. _____, קרבה _____
שם _____, ת.ז. _____, קרבה _____

אני מסכים/ה ומאשר/ת בזאת כי בכל מקרה שיועבר תשלום לחשבון זה בטעות לאחר פטירתי מעבר לזכאותי ע"פ כל דין תהיה הקרן זכאית לקבל מהבנק החזר התשלום מיד עם דרישה ראשונה. אני נותן הוראה בלתי חוזרת לבנק לביצוע האמור (יש לצרף הוראה בלתי חוזרת בחתימת הבנק).

6. פרטי תעסוקה נוכחית / אחרונה:

שם מקום העבודה	תאריך תחילת עבודה	תאריך סיום עבודה	תפקיד	שיעור משרה	מס' שעות למשרה מלאה

7. זכויות בקרן פנסיה אחרת

- הריני מצהיר כי לא משכתי כספים מקרן פנסיה ותיקה שבהסדר (כמפורט ברשימה שלהלן) מחודש 10/2003 ואילך. (משיכת כספים כאמור, למעט בשל תקופת ביטוח שאינה עולה על 3 חודשים, שוללת זכויות פנסיוניות מכל אחת מקרנות הפנסיה הוותיקות בהסדר).
- נא ציין ב-X אם יש לך או היו לך זכויות פנסיה או כספים באחת מן הקרנות המפורטות להלן מלבד הקרן לה מוגשת בקשה זו ואם משכתי אותם בשלב כלשהו:

שם קרן הפנסיה	זכויות צבורות בקרן	נמשכו כספים לפני 30/9/03 (כולל)	נמשכו כספים אחרי 1/10/03 (כולל)
מבטחים – מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ			
קרן הגימלאות המרכזית של עובדי ההסתדרות בע"מ			
קרן מקפת מרכז לפנסיה ותגמולים אגודה שיתופית בע"מ			
קרן ביטוח לפועלים חקלאיים ובלתי מקצועיים בישראל			
קרן הביטוח והפנסיה של פועלי הבנין ועבודות ציבוריות א.ש. בע"מ			
נתיב – קרן הפנסיה של פועלי ועובדי המשק ההסתדרותי בע"מ			
קופת הפנסיה לעובדי הדסה בע"מ			
קרן הגימלאות של חברי "אגד" בע"מ			

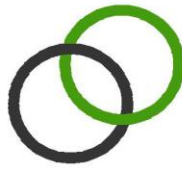
- נא ציין באם צברת זכויות בקרן הפנסיה גילעד: כן לא
- נא ציין באם עבדת אצל מעסיק שעל עובדיו חל הסדר פנסיה תקציבית (לדוגמא: 'רשות מקומית', 'משרדי ממשלה' וכד') כן לא
- במידה והתשובה חיובית: פרט את שם המעסיק: _____ ותקופת העבודה _____.

הריני מאשר/ת לכם למסור לכל אחת מן הקרנות לעיל כל מידע הקשור לביטוחי אצלכם לצורך קביעת זכויותי על פי תקנון קרן הפנסיה.

שם המבוטח/ת

חתימת המבוטח/ת





8. **מיצוי ימי מחלה** (רלוונטי למבוטח שכיר בלבד)

תאריך סיום מיצוי ימי המחלה - _____ / _____ / _____

שנה חודש יום

יש לצרף אישור מהמעסיק האחרון לגבי מועד מיצוי ימי המחלה (מבוטחים בקרן מחלה בקרנות הוותיקות אינם צריכים להציג אישור מהמעסיק)

אני מבוטח בקרן מחלה של קרן (יש להקיף בעיגול את שם הקרן הרלוונטית):
מבטחים / מקפת / בניין / חקלאים

הערה:

במקרים בהם המעסיק הוא זה אשר מאמת את פרטי המבוטח כמפורט בסיום בקשה זו להלן, אזי ניתן לאשר תאריך סיום מיצוי ימי המחלה הנ"ל ע"י חתימת המעסיק בסעיף זה.

חותמת וחתימת המעסיק

9. **מיצוי זכויות**

ידוע לי כי במקרה שעילת הנכות היא תוצאה של אירוע המזכה אותי או יכול שיזכה אותי בפיצוי או קצבה מצד שלישי (כגון פיצוי מחברת ביטוח בגין תאונת דרכים, קצבה מן המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה או מן המדינה בגין פעולות איבה), מותנית זכאותי לקצבת נכות מן הקרן בהגשת תביעה נגד הצד השלישי, בתוצאות התביעה ובתנאים נוספים, הכל כקבוע בתקנון הקרן.

ככל שיוחלט על ידי הצד השלישי או על ידי ערכאה שיפוטית שלא לקבל את תביעתי לקבלת פיצוי או קצבה כאמור או שתביעתי האמורה תתקבל בחלקה, אני מתחייב לפעול למיצוי מלא של זכויותי, לרבות הגשת כל ערעור או השגה על אותה החלטה או על כל החלטה אחרת שתתקבל במסגרת ההליכים למיצוי הזכויות, אלא אם לבקשתי, תינתן הסכמה בכתב של הקרן כי מיצוי הזכויות אינו מחייב הגשת ערעור או השגה בנסיבות העניין.

ידוע לי כי אי-מיצוי הליכי ערעור או השגה, לרבות חלוף המועד להגשתם, יראו אותם כוויתור כלפי קרן הפנסיה לקבלת קצבת הנכות, וככל שתשולם לי הלוואה מקרן הפנסיה כקבוע בתקנון הקרן, אהיה מחויב בפירעון מיידי של הלוואה בהתאם לקבוע בתקנון הקרן.

ידוע לי, כי ככל שהנכות הינה תוצאה של ארועים המקנים זכאות לגמלה או פיצוי מגורם שלישי, אהיה זכאי לקבל מהקרן הלוואה בגובה קצבת הנכות למשך תקופת ביניים לצורך מיצוי ההליכים כלפי הצד השלישי כאמור, ואשר תנאיה קבועים בתקנון הקרן. לאחר מיצוי ההליכים כלפי הצד השלישי ובהתאם לתוצאות אותם הליכים, תערוך הקרן בחינה אם ניתן להכיר בסכום הלוואה, כולה או חלקה, כתשלומי קצבת נכות, או שיש מקום לדרוש את הפירעון המיידי של הלוואה, כולה או חלקה, בהתאם לתנאים הקבועים לעניין זה בתקנון הקרן.

א. הנכות הינה תוצאה של (יש לסמן ב-X):

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> מחלה | <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע (מחלה שנגרמה בשל עבודתך) |
| <input type="checkbox"/> תאונת עבודה | <input type="checkbox"/> תאונת דרכים |
| <input type="checkbox"/> פעולות איבה | <input type="checkbox"/> שירות צבאי / מילואים |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> אירוע שמזכה בפיצויים לפי פקודת הנזיקין (כגון נזק שנגרם בשל רשלנות של אדם או בשל תקיפה) |

פרט:

לתשומת לבך: בכל מקרה שהנכות אינה תוצאה של מחלה יש למלא טופס "כתב הצהרה והתחייבות".





ב. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים :

הגשתי/אגיש תביעה לקבלת פיצוי/קצבה, מגוף אחר מלבד הקרן והמוסד לביטוח לאומי :

כן.

לא.

במידה והתשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט כדלקמן :

זהות הגוף אליו הגשתי / אגיש תביעה _____.

התביעה הוגשה / תוגש באמצעות עו"ד _____.

שכתובתו _____.

ג. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים :

אני מקבל קצבה מהמוסד לביטוח לאומי :

כן.

לא.

סוג הקצבה: נכות כללית / נכות מעבודה / אחר

במידה והינך מקבל קצבה יש לצרף פירוט תשלומי קצבה ממחלקת נפגעי עבודה בביטוח לאומי.

אני מתחייב/ת להמציא לכם את כל המסמכים ו/או ההחלטות ו/או הפרוטוקולים ו/או האישורים על גובה תשלום אותו קיבלתי/אקבל כפיצוי או קצבה כמפורט בסעיף ב' לעיל.

ד. אני מתחייב/ת להודיע לכם בכל מקרה שאגיש בעתיד תביעה לפיצוי או קצבה בגין הנכות לכל גוף שהוא ולהביא לידיעתכם גם את פסק הדין או הסכם הפשרה.

10. נא לסמן ב-x ולמלא את הפרטים :

הגשתי בעבר תביעה לקבלת פיצוי/קצבה בגין אירוע נכות קודם ותביעתי התקבלה :

כן.

לא.

במידה והתשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט כדלקמן :

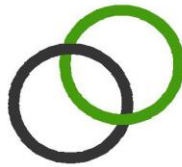
א. זהות הגוף ממנו קיבלת קצבה / פיצוי _____.

ב. משך הנכות הקודמת (יש לציין את התקופה בה היית נכה) _____.

הנכות בגינה אני פונה עתה לקרן היא תוצאה / איננה תוצאה של החמרה בפגיעה הנובעת מאירוע הנכות הקודם.

11. הריני מתחייב/ת להשיב לקרן כספים שקיבלתי כקצבת נכות, אם יתברר כי הנכות נגרמה מאירוע שאינו מזכה בקצבה.

הריני מתחייב/ת להמציא לכם מסמכים ונתונים, בהתאם לדרישתכם, לצורך קביעת זכאותי מקרן הפנסיה.



12. הצהרת המבוטח :

ידוע לי כי:

א. אם תאושר לי נכות חלקית ולא אמשיך לשלם לקרן דמי גמולים בשל חלק המשרה האחר שבגינו איני מקבל קצבה, לא אוכל להגיש תביעה לקרן להגדלת שיעור נכותי. חידוש תשלום דמי גמולים לאחר הפסקה של שלושה חודשים ויותר מחייב צבירת תקופת אכשרה חדשה.

ב. ידוע לי ואני מסכים, כי ככל ויועברו לקרן על ידי מעסיקי דמי גמולים לגבי חלק המשרה המוכר לנכות, בגין תקופה בה תשולם לי קצבת נכות, הם יוחזרו למעסיקי.

ג. ידוע לי ואני מסכים, כי ככל ויועברו לקרן על ידי באופן עצמאי דמי גמולים לגבי חלק המשרה המוכר לנכות בגין תקופה בה תשולם לי קצבת נכות, הם ישולמו לחשבון הבנק שאליו משולמת קצבת הנכות בניכוי מס כדין.

ד. ניתן להגיש ערר על החלטת רופא הקרן תוך 60 יום מיום שהומצאה לי ההודעה על ההחלטה. ערר ניתן להגיש לוועדה רפואית לעררים.

ה. בקשתי לקבל מהקרן קצבת נכות תבטל את האפשרות למשיכת ערכי הפדיון הצבורים על שמי בקרן, למעט אם התקיימו במצטבר שני התנאים הבאים:

1) התקופה הכוללת בגינה הוכרה זכאותי על ידי הקרן לקבלת קצבת נכות אינה עולה על 11 חודשים; 2) לא קיבלתי קצבת נכות בתקופה כלשהי במשך חודש אחד או יותר במהלך חמש השנים לפני הגיעי לגיל פרישה.

ידוע לי, כי לא אוכל לוותר על זכאותי לקצבת נכות, ככל שתוכר, על מנת להיות זכאי/ת למשיכת ערכי הפדיון.

ו. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חלילה, בתקופת זכאותי לקבלת קצבת נכות, לא תהיה ליורשיי ולשאיירי זכאות למשיכת סכום ערכי הפדיון מהקרן.

ז. ניתן לקבל קצבת נכות מהקרן בשל מקרה נכות שנגרם כתוצאה מפגיעה שמזכה בקצבה מרשות מוסמכת וזאת בתנאי שהפנסיה מהקרן עולה על הקצבה המשולמת מהרשות. סכום הפנסיה שתשלם הקרן יהיה הפרש חיובי בין הסכומים האלה – ככל שישנו. ידוע לי כי תקופת תשלום ההפרש איננה נחשבת לתקופת ותק פנסיוני מזכה, ולפיכך, ככל שלא אשלם דמי גמולים לקרן, לא אהיה זכאי לזכויות קצבה נוספות בגין תקופת הנכות.

ח. על פי סעיף 36 לתקנון הקרן, אם תהיה לי הכנסה מעבודה העולה על 'ההפרש המותר להשתכרות' תהיה הקרן זכאית לקזז מקצבת הנכות שלי מחצית מכל הכנסה העולה על 'ההפרש המותר להשתכרות'. לעניין סעיף זה 'ההפרש המותר להשתכרות' הינו ההפרש שבין השכר הקובע לחישוב קצבת נכות לבין קצבת הנכות עצמה. (נא לסמן ב-X):

אין לי הכנסה מעבודה, מעסק או משלח יד.

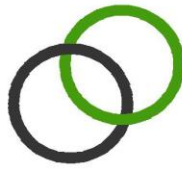
יש לי הכנסה מעבודה, מעסק או משלח יד. פרוט: _____

אני מתחייב/ת להודיע לקרן אם תהיה לי הכנסה כאמור בגין התקופה בה תשולם לי קצבת נכות מהקרן.

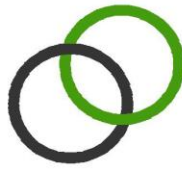
הינך עשוי במהלך תקי הנכות להתבקש להמציא מסמכים למעקב כלכלי במסגרת הוראות חוזר אוצר שעניינו מעקב אחר מקבלי קצבת נכות 9/2002.

ט. אם אהיה זכאי/ת לקבל קצבת נכות, הקרן תהיה רשאית לזמן אותי לבדיקה רפואית אצל רופא הקרן בכל עת, ולשנות מהחלטותיה במידת הצורך.

י. אני מתחייב/ת להודיע לכם בכתב על כל שהות רצופה בחו"ל מעל חצי שנה. ידוע לי שתנאי לתשלום קצבה בעת שהותי בחו"ל הינה המצאת "אישור חיים" לקרן אחת ל-6 חודשים.



- יא. ידוע לי כי רישום תאריך לידתי המצוי במאגרי המידע של הקרן איננו מחייב את קרן הפנסיה ככל ששונה הרישום במאגרי הקרן במהלך תקופת ביטוחי בה, לרבות עקב תיקון רישום הגיל במשרד הפנים. בנסיבות אלה, ידוע לי כי אין להסתמך על תאריך הלידה הרשום במאגרי הקרן, הן לצורך קביעת מועד זכאותי לפנסיה זקנה והן בכל הקשור למועד בו הנני מתכוונת לסיים יחסי עובד-מעביד במקום עבודתי לקראת פרישתי לגמלאות. **ידוע לי ככל ששונה תאריך לידתי, עלי להמציא לקרן אסמכתאות שיניחו את דעתה בדבר נכונות השינוי וכי קרן הפנסיה תקבע את גילי לצורך קבלת זכויות מקרן הפנסיה על פי התנאים הקבועים בתקנון.**
- יב. אני יודע כי האמור לעיל הינו תמצית חלקית בלבד של הוראות התקנון הנוגעות לעניין. ידוע לי ואני מסכים לכך שהוראות התקנון המלאות לפי נוסחן מעת לעת הן הקובעות את זכויותי בקרן הפנסיה.
- יג. ידוע לי שבהעדר הוראה מפורשת מצדי בכתב, הקרן תהיה רשאית להעביר לידיעת מעסיקי האחרון פרטים אודות שיעור הקצבה שנקבעה לי ותקופתה.
- יד. **בהתאם להוראות התקנון האחיד, לא תשולם למבוטח פנסיית נכות בעד תקופה העולה על שישה חודשים שלפני מועד הגשת הבקשה לקבלת פנסיית הנכות. בנוסף, ידוע לי כי הגשת תביעה לקרן הפנסיה אינה עוצרת את מירוץ ההתיישנות הקבוע בדין. מירוץ ההתיישנות נעצר רק עם הגשת תביעה לבית הדין לעבודה.**
13. ידוע לי כי הנתונים המפורטים לזכותי בדו"ח השנתי של הקרן או בכל דיווח אחר שקיבלתי מהקרן, אינם מלאים ומבוססים על רשומות ונתונים הכפופים לתהליך של בדיקה וטיוב נתונים. לפיכך, כל הנתונים הינם בכפוף לתוצאות הבדיקה והתהליך האמור.
14. הריני מצהיר/ה כי ידוע לי ואני מסכים/ה כי אם יתברר כי איני זכאי/ת לקצבה או כי מסרתי לקרן פרטים שאינם נכונים, הקרן וכל קרן המפורטת בסעיף 7 לעיל בה אני מבוטח/ת, תהינה רשאיות לשלול זכאותי לקצבה או לעדכן את סכום הקצבה. ידוע לי כי הקרן, במקרה כזה, תהיה זכאית גם לדרוש החזר סכומים ששילמה לי או לקזז את התשלום ששולם לי בטעות, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א – 1961, מתשלום קצבה או מכל סכום אחר שיעמוד לזכותי בקרן.
- הריני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים. הנני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי שיחול בעתיד באחד או יותר מן הפרטים שמסרתי.
- הריני מצהיר/ה כי ידוע לי שעל מנת להמשיך ולשמור על מלוא זכויותי בקרן עלי להמשיך ולהעביר דמי גמולים באופן שוטף ומלא וזאת עד שתיקבע זכאותי, אם בכלל, לקבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה. כמו כן, במידה ולא אעביר את דמי הגמולים לתקופה של 3 חודשים ומעלה אזי לא תקבל הקרן תשלום רטרואקטיבי של דמי הגמולים ומעמדי בקרן ישתנה למעמד של מבוטח לא פעיל דבר אשר יש בו בכדי להשפיע על הכיסוי הביטוחי שלי לרבות ביחס לצבירת תקופת אכשרה חדשה לקצבת נכות.
15. פרטי המידע לרבות המידע האישי, אשר יימסרו לקרן במסגרת בקשה זו, ישמשו את הקרן לצורך מתן שירות וזכויות על פי התקנון. המידע עשוי להיות מועבר לגופים הקשורים במתן הזכויות והשירותים, לרבות למי מקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר, רשויות מקומיות או המדינה, לפי העניין. מסירת חלק מהמידע נדרש ומתחייב לצורך בחינת זכויותיך על פי דין ותקנון הקרן, וחלקו עשוי לסייע בבירור משלים של זכויותיך ולצורך הבטחת שירות נאות.



16. ויתור סודיות:

אני הח"מ _____ ת.ז. _____,

כתובת מגורים _____

נותן בזאת רשות לעובד משטרת הגבולות ו/או עובד משרד הפנים ו/או עובד מרשם האוכלוסין למסור למי מקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר הידועות גם בשם 'עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות' (מבטחים, מקפת, קרן פועלי בניין, קופת הפנסיה לעובדי הדסה, קרן הגמלאות של חברי אגד, קרן הגמלאות המרכזית (קג"מ), קרן פועלים חקלאיים ונתיב), תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ.

כן, הנני נותן רשות לכל עובד חברות/סוכנויות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה. כמו כן, הנני נותן בזאת לכל עובד רפואי ו/או למוסד רפואי ו/או שיקומי ו/או לקופת חולים ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הבריאות ו/או למשרד הרווחה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מי שבידיו מידע, כולם יחד או כל אחד מהם לחוד (להלן - מחזיקי המידע), למסור לכל אחת מקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר (מבטחים, מקפת, קרן פועלי בניין, קופת הפנסיה לעובדי הדסה, קרן הגמלאות של חברי אגד, קרן הגמלאות המרכזית (קג"מ), קרן פועלים חקלאיים ונתיב), או לכל מי שקרן הפנסיה תמנה (להלן - המבקשים), את הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, על מצבי הבריאותי, כולל בריאותי הנפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית שיש לי, לרבות מחלות שחליתי בהן בעבר ו/או שאני חולה בהן בהווה ועל ההגבלות על תפקודי בשל לקויות אלה, ולרבות כל מידע סוציאלי הנובע ממצבי הבריאותי. אני משחרר בזה את מחזיקי המידע, ואת העובדים או המשרתים במסגרתם ו/או הפועלים מטעמם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע הנזכר לעיל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי כלפי מחזיקי המידע או כלפי המבקשים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך (תאריך החתימה זהה לחתימת העד)	חתימת המבוטח/ת	שם המבוטח/ת
--	----------------	-------------

אישור עו"ד / נציג הקרן/מעסיק

הריני לאשר כי היום _____ הופיע/ה בפני המבקש/ת _____ שזוהה/תה על ידי באמצעות תעודת זהות שמספרה _____, (שהעתקה המאומת מצ"ב) וחתם/ה על הבקשה לאחר שאישר/ה את נכונות פרטי הבקשה, ההצהרות והאסמכתאות המצורפות אליה.

תאריך (זהה לחתימת העמית)

שם מלא, חתימה וחותמת עו"ד / נציג הקרן/מעסיק
(לרבות מספר רישיון)





לכבוד _____ בנק _____
 סניף _____
 א.ג.נ., _____

תיק _____
 תאריך _____

הנדון: הוראה בלתי חוזרת

אני הח"מ _____ נושא/ת ת"ז מס' _____ בעל חשבון מספר _____ ,
 סניף מס' _____ נותן/ת לכם בזאת הוראה בלתי חוזרת להחזיר לקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר
 ששמותיהן מפורטים להלן, או מי מהן (להלן: "הקרן")

קרן הגימלאות המרכזית של עובדי ההסתדרות בע"מ
 קרן ביטוח ופנסיה לפועלים חקלאיים ובלתי מקצועיים
 בישראל אגודה שיתופית בע"מ
 נתיב קרן הפנסיה של פועלי ועובדי מפעלי משק
 הסתדרות בע"מ

מבטחים - מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ
 מקפת מרכז לפנסיה ותגמולים אגודה שיתופית בע"מ
 קרן הביטוח והפנסיה של פועלי הבניין ועבודות
 ציבוריות אגודה שיתופית בע"מ
 קופת הפנסיה לעובדי הדסה בע"מ
 קרן הגימלאות של חברי "אגד" בע"מ

כל סכום שיועבר על ידי הקרן לחשבוני הנ"ל לאחר פטירתי (ולא יותר מהסך המצוי בחשבוני), וזאת מיד עם קבלת דרישת הקרן.

למען הסר ספק, ביחסים שבין הקרן לביני, ההוראה מתייחסת אך ורק להחזר סכומי קצבה שתשלם הקרן, ביתר ו/או מתוך טעות, לחשבוני לאחר פטירתי (לאחר חיים טובים וארוכים), ושלא תהיה קיימת לי ו/או לשאיירי ו/או ליורשי זכאות לקבלם עפ"י תקנון הקרן. לגבי שאירים, ההוראה מתייחסת גם להחזר סכומי קצבה ששולמו ביתר ו/או מתוך טעות.

דרישת הקרן תהווה ראייה מספקת כלפי הבנק לנכונותה ואני פוטר/ת את הבנק מכל אחריות לבדיקת נכונות הדרישה. מאחר והוראה זו ניתנת לטובת הקרן בתמורה לתשלום קצבה ישירות לחשבוני, הרי שהוראה זו תהיה בלתי חוזרת, לא תהיה לי רשות לבטלה או לשנותה וכוחה יהיה יפה גם לאחר פטירתי והיא תחייב גם את יורשי, את יורשי יורשי, את אפוטרופוסי ואת מנהלי עזבוני.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: _____

אישור הבנק

הרינו לאשר בזאת כי בנק _____, סניף _____, קיבל מסמך זה ונותן הסכמתו לפעול על פי ההוראה הנ"ל של מר/גב' _____ נושא/ת ת"ז מס' _____
 בעל חשבון מס' _____ אלא אם יהיה מנוע מלעשות כן על פי דין ובכפוף לקיום יתרת זכות בחשבון.

חותמת הבנק בצירוף חתימות בעלי זכות חתימה





טופס 101

רצ"ב טופס 101 ריק. נבקש למלא את פרטיך ולהחזירו אלינו חתום.

הרינו להסב תשומת לבך לדגשים במילוי הטפסים כמפורט להלן:

- יש למלא את הטופס על כל סעיפיו, **דגש מיוחד לסעיפים ד, ה, ו** כולל תאריך **וחתימה** בגב הטופס.
- סעיף ד'** – פרטים על קצבתך המשולמת ע"י הקרן. עליך לסמן X ברבוע ליד הקצבה (6), אין צורך למלא תקופת עבודה.
- סעיף ה'** – פרטים על הכנסות אחרות:
אם ציינת כי יש לך הכנסה נוספת, נא לבצע תאום מס הכנסה.
הבהרות: קצבת זקנה, קצבת שאירים או קצבת נכות מביטוח לאומי אינן נחשבות להכנסה נוספת לכן **אין צורך לציין הכנסות נוספות**. אם הנך עצמאי הממלא דוח שנתי לרשויות המס נא סמן "ממקור אחר" וציין עצמאי הממלא דו"ח שנתי לרשויות המס.
- סעיף ו'** – פרטים על בן/בת זוג. אם ציינת כי לבן/בת הזוג הכנסה אחרת לרבות קצבה, יש לציין מקור הקצבה.
- סעיף ז'** - שינויים שחלו במהלך השנה. יש להודיע לקרן על כל שינוי שחל בפרטיך האישיים במהלך השנה (מצב משפחתי, כתובת).
- סעיף ח'** – פטורים או זיכויים. אם הנך עונה על אחד מהקריטריונים הרשומים בסעיף זה, יש לצרף אישור מתאים.
- בטופס 101 המצ"ב (דף 2 בתחתית העמוד), קיים הסבר נוסף למילוי הטופס.
טופס ללא סימון בסעיפים ד' ו-ה' וללא חתימתך יוחזר אליך למילוי החסר.



כרטיס עובד (1)

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד (1)

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס _____

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (איי"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד 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 המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
----	-------	------------	------------------

ב. פרטי העובד / ת (יש לצרף צילום תעודת זהות)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית				
מספר טלפון				
רחוב/שכונה	מספר	עיר/שוב	מיקוד	קדומת
מין	מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה	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 פי"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**

סמ"/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

ה. פרטים על הכנסות אחרות

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)

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

- משכורת חודש (2)
- משכורת בעד משרה נוספת (3)
- משכורת חלקית (4)
- שכר עבודה (עובד יומי) (5)
- קצבה (6)
- מלגה (1)
- ממקור אחר

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:

- אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת (7)
- אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו (8)
- אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)
- 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 (10)

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
---------------------	----------	---------	------------

אין לבן/בת הזוג כל הכנסה יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: עבודה/קיצבה/עסק הכנסה אחרת

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

תאריך השינוי	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת

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

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבועה/ בשוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1131א.

4 אני עולה חדש/ה תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ .
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ .
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - ימנה לפקיד השומה. **חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת** - אישור משרד הקליטה (תעודת יתושב חוזר" מעל 6 שנים). **עולה חדש/ה** - 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 59(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגנים מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס _____ . מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים _____ .

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

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

10 בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו אלו, אשר המציא פסי"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

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

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

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

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

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת⁽¹⁾ כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	המעביד / משלם המשכורת ⁽¹⁾		
			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.

_____ חתימת המבקש/ת

_____ תאריך

דברי הסבר למילוי טופס 0101

(1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מלגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" 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 כיישורת בעד משרה נוספת.

(4) משכורת חלקית - על המעביד לערף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או 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 הניכויים.

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

(7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.

(8) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.

(9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לערף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפי לוח הניכויים.

(10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לערף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפי לוח הניכויים.

(11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד, נפגעי אישור פי"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.