



בקשה להמשך תשלום קצבת נכות

לצורך קבלת קצבת נכות, מצורף טופס בקשה לתשלום הקצבה, נבקש ממך למלא אותו ולהעבירו אלינו.

מה יש לצרף לטופס הבקשה?

מסמכים אישיים

☐ **צילום תעודת זהות כולל הספח**

- אם תעודת הזהות ביומטרית יש לצלם את התעודה משני הצדדים.
- במילוי הטופס באחד ממרכזי השירות עליך להגיע עם התעודה המקורית.

☐ **טופס 101 (כרטיס עובד) לשנת המס הרלוונטית** – מצורף טופס ריק

☐ **כתב ויתור על סודיות רפואית** – מצורף טופס לחתימתך

מסמכים רפואיים

לתשומת לבך, נבקש לשלוח אלינו את המסמכים הרפואיים במייל נפרד משאר המסמכים המבוקשים.

☐ **מסמכים רפואיים עדכניים** (בבקשה להחמרת מצב יש לצרף מסמכים רפואיים הכוללים את מועד ההחמרה)

☐ **צילום תיק רפואי מהמרפאה התעסוקתית של קופת החולים** (אם קיים)

מסמכים מהמעסיק

☐ **אישור מיצוי ימי מחלה מהמעסיק האחרון** - רלוונטי לבקשה להחמרת מצב (לפי סעיף 2 לבקשה) לשכירה/בלבד.

על האישור לציין את המועד המדויק בו ימוצו ימי המחלה (יום, חודש ושנה).

לחילופין, ניתן לאשר מיצוי ימי המחלה על ידי חתימת המעסיק בסעיף 7 בטופס הבקשה.

☐ **טפסי 106 מהמעסיק שלך לשלוש השנים האחרונות בהן קיבלת קצבת נכות**

☐ **לשכירה/ל** - כל תלושי השכר של שנת המס הנוכחית ממקום עבודתך.

☐ **לעצמאית/ל** - 2 אישורי שומה עצמית אחרונות מרשות המיסים, ודו"ח רווח והפסד לשנה קודמת ושנה הנוכחית (כולל נספחים) חתומים על ידי רו"ח או ע"י רשות המיסים.

מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי:

☐ **החלטות ופרוטוקולים של המוסד לביטוח לאומי** (אם הנך מקבלת נכות כללית ונכות כתוצאה מתאונת עבודה)

☐ **פירוט שנתי של תשלומי הקצבה ממחלקת נפגעי עבודה בביטוח לאומי** החל ממועד התאונה ועד היום (רק אם הנך מקבלת נכות כתוצאה מתאונת עבודה)

☐ **אישור מהמוסד לביטוח לאומי על אי קבלת קצבה** (אם אינך מקבלת קצבה מהביטוח הלאומי)

☐ **"אישור תקופת ביטוח ומעסיקים" עדכני**

ניתן להזמין את האישור באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי: www.btl.gov.il - תחת טפסים ואישורים / אישורים / תקופות עבודה / אישור תקופות ביטוח ומעסיקים

☐ **אישור זכאות לדמי אבטלה** (סה"כ 175 ימים) **כולל פירוט תשלומים חודשי וטופס הפסקת עבודה** אם קיבלת דמי אבטלה בתקופה שקדמה להגשת הבקשה לקצבת הנכות.

 **קרן הדסה**
קופת הפנסיה
לעובדי הדסה בע"מ
(בניהול מיוחד)

 **קרן קגמ**
קרן הגמלאות המרכזית
של עובדי ההסתדרות
בע"מ (בניהול מיוחד)

 **קרן מקפת**
קרן מקפת מרכז
לפנסיה ותגמולים א.ש.
בע"מ (בניהול מיוחד)

 **קרן מבטחים**
מבטחים מוסד לביטוח
סוציאלי של העובדים
בע"מ (בניהול מיוחד)

 **קרן אגד**
קרן הגמלאות של
חבר אגד בע"מ
(בניהול מיוחד)

 **קרן בניין**
קרן הביטוח והפנסיה
של פועלי בנין ועבודות
ציבוריות אגודה שותפות
בע"מ (בניהול מיוחד)

 **קרן נתיב**
נתיב קרן הפנסיה של
פועלי ועובדי מפעלי
משק ההסתדרות בע"מ
(בניהול מיוחד)

 **קרן חקלאים**
קרן ביטוח ופנסיה לפועלים
חקלאים ובלתי מקצועיים
בישראל א.ש. בע"מ
(בניהול מיוחד)

מוקד שירות לקוחות: *6667

אתר אינטרנט: www.amitim.com

מען למשלוח מכתבים: ת.ד. 7280, תל-אביב 6107201

כתובת דואר אלקטרוני: amitimmail@amitim.com

איך לשלוח אלינו את המסמכים?

- לשלוח במייל: amitimmail@amitim.com
 - לשלוח בדואר: ת.ד. 7280 תל אביב.
 - להגיש פיזית באחד ממרכזי השירות.
- לזימון תור ולמידע על כתובות מרכזי השירות ושעות הפעילות, ניתן להיכנס לאתר עמיתים או להוריד את אפליקציית עמיתים לטלפון הנייד.

לידיעתך

- אנו נוכל להתחיל את הטיפול בבקשתך רק לאחר קבלת כל המסמכים.
- זמן הטיפול בבקשה הוא 90 ימים ממועד קבלת כל המסמכים התקינים.
- מקצבה המשולמת לפני גיל פרישה מנוכים דמי ביטוח לאומי ומס בריאות. יחד עם זאת, ישנן אוכלוסיות הזכאיות לפטור.
- לבירור האם יש לך זכאות לפטור יש לפנות למוסד לביטוח לאומי. אם קיים ברשותך פטור מהמוסד לביטוח לאומי על תשלומים אלה, יש לצרפו לטופס הבקשה.

לתשומת ליבך:

קבלת קצבת נכות מבטלת את האפשרות למשיכת ערכי הפדיון הצבורים בחשבונך בקרנות הוותיקות בכל אחד מהמקרים הבאים:

1. התקופה הכוללת בגינה קיבלת מהקרן קצבת נכות עולה על 11 חודשים.
 2. קבלת קצבת נכות במשך חודש אחד או יותר במהלך חמש השנים לפני הגיעך לגיל הפרישה לקצבת זקנה.
- במקרה של פטירה, חלילה, בתקופת הזכאות לקבלת קצבת נכות, לא תהיה ליורשים ולשאירים זכאות למשיכת סכום ערכי הפדיון מהקרן.

מערכת הכללים של הקרן המפרטת את תהליך הטיפול בבקשה לקבלת קצבת נכות מצורפת לערכה זאת.

אנו מזמינים אותך לפנות אלינו בכל שאלה בעניין בערוצים הדיגיטליים שלנו המופיעים באתר עמיתים ובמוקד שירות הלקוחות 6667*

בברכה,
עמיתים קרנות פנסיה

בקשה להמשך תשלום קצבת נכות

1. פרטי המבוטח/ת

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי	תאריך עליה
רחוב		מס' בית		יישוב		ת.ד.
טלפון בבית		טלפון נייד		כתובת דוא"ל*		תושב הארץ
						כן ☐ לא ☐

*תלוש הקצבה יישלח מידי חודש לכתובת הדוא"ל שלך. אם ברצונך לקבל את התלוש באמצעות הדואר, עליך לעדכן זאת באיזור האישי שלך באתר או באפליקציה במסך "פרטים אישיים".

2. אני _____ נושא/ת ת.ז. _____ מבקש/ת לאשר לי :

(יש לסמן ב- X את האפשרות הרצויה)

☐ המשך תשלום קצבת נכות בשיעור שנקבע לי בעבר.

☐ החמרה בשיעור הנכות מתאריך _____.

אני מצהיר/ה כי ידוע לי שאם לא שילמתי לקרן דמי גמולים שוטפים בשל חלק המשרה אשר בגינו אני מקבל/ת קצבה, לא אוכל להגיש לקרן תביעה להגדלת שיעור הנכות עקב החמרה במצבי הרפואי.

חתימת המבוטח/ת X _____ תאריך _____

3. בחירת אופן קבלת הודעות

יש לבחור אפשרות אחת בלבד. אם לא תסומן אף אפשרות, או יסומנו שתי האפשרויות, ואם עודכנה כתובת דוא"ל תקינה, ישלחו ההודעות בדואר אלקטרוני. אחרת ישלחו בדואר ישראל.

☐ דואר אלקטרוני - אני מאשר/ת לקבל את ההודעות בדבר בירור התביעה ותוצאותיה לכתובת הדוא"ל שעדכנתי בטופס זה.

☐ דואר ישראל - אני מאשר/ת לקבל הודעות בדבר בירור התביעה ותוצאותיה לכתובת הדואר שעדכנתי בטופס זה. בחירתי בקבלת הודעות בדרך זו כוללת את כל ההודעות והמסמכים המתייחסים לתביעה זו שישלחו ע"י קרן הפנסיה ללא יוצא מן הכלל. ידוע לי שבהיעדר סימון אחת מהאפשרויות, ההודעות יישלחו בדואר רגיל.

4. פרטי בן/בת הזוג

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מקום עבודה
סטטוס:		תאריך נישואין		כתובת דוא"ל
נשוי/אה / ידוע/ה בציבור				

5. פרטי איש קשר נוסף בישראל (פרט לבן/ת הזוג)

אני מאשר/ת שבמקרה בו לקרן יהיה קושי ליצור עמי קשר לצורך העברת מידע או לצורך פעולות נוספות שנועדו לסייע במימוש זכויותיי בקרן או לתמוך בפעילות הקרן בהתאם לתקנון האחיד, הקרן תפנה לאיש הקשר כדי לסייע בקידום פעולות אלו.

שם מלא	קירבה	טלפון	כתובת	כתובת דוא"ל

6. פרטי מקומות העבודה בתקופת תשלום קצבת הנכות

שם מקום העבודה	תאריך תחילת עבודה	תאריך סיום עבודה	תפקיד	שיעור משרה	מס' שעות למשרה מלאה	שם הקרן / הקופה בה בוטחתי

7. מיצוי ימי מחלה - רלוונטי לבקשה להחמרת מצב (לפי סעיף 2 לבקשה) לשכיר/ה בלבד.

תאריך סיום מיצוי ימי המחלה - _____ / _____ / _____
שנה חודש יום

יש לצרף אישור מהמעסיק האחרון לגבי מועד מיצוי ימי המחלה, או להחתים את המעסיק על סעיף זה.
יש לציין תאריך מלא (יום/חודש/שנה) בו י/מוצו ימי המחלה העומדים לרשותך אצל המעסיק.



חותמת וחתומת המעסיק

* אם הינך מבוטח/ת בקרן דמי מחלה באחת מהקרנות הוותיקות לא נדרש להציג אישור מהמעסיק.

☐ אני מבוטח/ת בקרן דמי מחלה של קרן (יש להקיף בעיגול את שם הקרן הרלוונטית):

מבטחים / מקפת / בניין / חקלאים

8. נסיבות הנכות

א. אני מצהיר/ה כי הנכות היא תוצאה של (יש לסמן ב-X את סיבת הנכות):

☐ מחלה ☐ מחלת מקצוע (מחלה שנגרמה בשל עבודתך)

☐ תאונת עבודה ☐ תאונת דרכים

☐ פעולות איבה ☐ שירות צבאי / מילואים

☐ אירוע המהווה עילה לתביעת פיצויים לפי פקודת הנזיקין (כגון נזק שנגרם בשל רשלנות של אדם

או בשל תקיפה) **פירוט:** _____ לתשומת

לבד: בכל מקרה שהנכות או החמרת המצב הרפואי אינה תוצאה של מחלה יש למלא טופס "כתב הצהרה והתחייבות".

ב. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:

אני מקבל/ת קצבה מהמוסד לביטוח לאומי:

☐ כן

☐ לא

סוג הקצבה: ☐ נכות כללית ☐ נכות מעבודה ☐ אחר

אם את/ה מקבל/ת קצבה יש לצרף פירוט תשלומי קצבה ממחלקת נפגעי עבודה בביטוח לאומי.

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.

אם יוחלט על ידי הצד השלישי או על ידי ערכאה שיפוטית שלא לקבל את תביעתך לקבלת פיצוי או קצבה כאמור או שתביעתך האמורה תתקבל בחלקה, אני מתחייב/ת 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 תינתן לבקשתי 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, ובמקרה זה, אם שולמה לי הלוואה מקרן הפנסיה כקבוע בתקנון הקרן, אהיה מחויב/ת בפירעון מיידי של ההלוואה בהתאם לקבוע בתקנון הקרן.

ידוע לי, כי אם הנכות היא תוצאה של אירועים המקנים זכויות לגמלה או פיצוי מגורם שלישי, אהיה זכאי/ת 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 ההלוואה, כולה או חלקה, כתשלומי קצבת נכות, או שיש מקום לדרוש את הפירעון המיידי של ההלוואה, כולה או חלקה, בהתאם לתנאים הקבועים לעניין זה בתקנון הקרן.

א. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:

הגשתי/אגיש תביעה לקבלת פיצוי/קצבה, מגוף אחר (לרבות מהמוסד לביטוח לאומי):

כן ☐

לא ☐

אם התשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט:

זהות הגוף אליו הגשתי / אגיש תביעה _____.

התביעה הוגשה / תוגש באמצעות עו"ד _____.

שכתובתו _____.

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

אני מתחייב/ת להודיע לכם בכל מקרה שאגיש בעתיד תביעה לפיצוי או קצבה בגין הנכות כלפי כל אדם או גוף שהוא ולהביא לידיעתכם את תוצאות התביעה, פסק הדין או הסכם הפשרה. **לגבי חתימה על הסכם פשרה קיימת חובה לקבל את הסכמת הקרן מראש ובכתב.**

10. הצהרות המבוטח/ת

א. משיכת כספים

- ידוע לי כי בקשתי לקבל מהקרן קצבת נכות תבטל את האפשרות למשיכת ערכי הפדיון הצבורים על שמי בקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר בכל אחד מהמקרים הבאים:
(1) התקופה הכוללת בגינה קיבלתי מהקרן קצבת נכות עולה על 11 חודשים;
(2) קיבלתי קצבת נכות במשך חודש אחד או יותר במהלך חמש השנים לפני הגיעי לגיל פרישה לקצבת זקנה.
- ידוע לי כי במקרה של פטירה, חלילה, בתקופת זכאותי לקבלת קצבת נכות, לא תהיה ליורשי ולשאיירי זכאות למשיכת סכום ערכי הפדיון מהקרן.

ב. ערעור על החלטה רפואית

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

ג. דמי גמולים

- בקשה זו להמשך קבלת קצבת נכות היא בקשה חדשה אשר תיבחן ע"י הקרן בהתאם להוראות התקנון, כפי שיהיו בתוקף במועד הגשת הבקשה. בהתאם, החלטות קודמות של הקרן שניתנו בדבר זכאותי לקבלת קצבת נכות אינן

מחייבות את הקרן בכל הקשור ביחס להחלטתה בבקשה זו. על 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, אם לא אעביר את דמי הגמולים לתקופה של 3 חודשים ומעלה אזי מעמדי בקרן ישתנה למעמד של מבוטח לא פעיל דבר אשר יש בו בכדי להשפיע על הכיסוי הביטוחי שלי לרבות ביחס לצורך בצבירת תקופת אכשרה חדשה לקצבת נכות. כמו כן, ידוע לי כי העברת תשלומי דמי גמולים באופן רטרואקטיבי לתקופת ההפסקה בתשלומים השוטפים לא תעניק לי פטור מצבירת תקופת אכשרה חדשה לקצבת נכות הקבועה בתקנון הקרן.

2. ידוע לי שאם תאושר לי נכות חלקית ולא אמשיך לשלם לקרן דמי גמולים בשל חלק המשרה האחר שבגינו איני מקבלת קצבה, לא אוכל להגיש תביעה לקרן להגדלת שיעור נכותי עקב החמרה במצב בריאותי. חידוש תשלום דמי גמולים לאחר הפסקה של שלושה חודשים ויותר מחייב בצבירת תקופת אכשרה חדשה הקבועה בתקנון הקרן. ככל שלא תאושר לי נכות כלשהי, יהיה עלי להמשיך ולשלם את מלוא דמי הגמולים ששולמו בגיני טרם הגשת התביעה לנכות לשם שמירה על מלוא זכויותי בקרן הפנסיה.

3. ידוע לי ואני מסכים/ה, כי אם יועברו לקרן על ידי מעסיקי דמי גמולים לגבי חלק המשרה המוכר לנכות, בגין תקופה בה תשולם לי קצבת נכות, הם יוחזרו למעסיקי.

4. ידוע לי ואני מסכים/ה, כי אם יועברו לקרן על ידי באופן עצמאי דמי גמולים לגבי חלק המשרה המוכר לנכות בגין תקופה בה תשולם לי קצבת נכות, הם יוחזרו לחשבון הבנק שאליו משולמת קצבת הנכות בניכוי מס כדין.

5. ידוע לי כי אם אקבל קצבת נכות ולא אותיר אחרי שאירים הזכאים לקצבה במקרה של פטירה, חלילה, יורשיי לא יהיו זכאים להחזר כספים מהקרן.

ד. השתכרות בתקופת קבלת קצבת נכות

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' הוא ההפרש שבין השכר הקובע לחישוב קצבת נכות לבין קצבת הנכות עצמה. נא לסמן:

- ☐ אין לי הכנסות נוספות מלבד פנסיית הנכות המשולמת ע"י הקרן.
- ☐ יש לי הכנסות נוספות מלבד פנסיית הנכות המשולמת ע"י הקרן. פירוט: _____

- הכנסת עבודה (שכיר) פירוט: _____
- הכנסה מעסק ומשלח יד (עצמאי) פירוט: _____
- הכנסה מקצבה (ביטוח לאומי וכדו') פירוט: _____

אני מתחייב/ת להודיע לקרן אם תהיה לי הכנסה כאמור בגין התקופה בה תשולם לי קצבת נכות מהקרן. במהלך תקופת הנכות הקרן רשאית לבקש ממני להמציא מסמכים לצורך מעקב כלכלי במסגרת הוראות חוזר אוצר 9/2002 שעניינו מעקב אחר מקבלי קצבת נכות.

ה. הצהרות בנוגע לקבלת קצבה

1. **חובת המצאת "אישור חיים" למקבל קצבה השווה מחוץ לישראל**, מאחר שהזכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירת מקבל/ת הקצבה, ידוע לי שמחובתי להודיע לקרן הפנסיה בכתב על כל שהות רצופה בחו"ל מעל חצי שנה. כדי להמשיך לקבל פנסיה בעת שהותך בחו"ל, ידוע לי שעלי להמציא "אישור חיים" לקרן אחת ל-6 חודשים.
2. אם תהיה לי זכאות לקבל קצבת נכות, הקרן תהיה רשאית לזמן אותי לבדיקה רפואית אצל רופא הקרן בכל עת, ולשנות מהחלטותיה במידת הצורך.
3. ידוע לי שבהעדר הוראה אחרת מפורשת מצידי ובכתב – הקרן תהיה רשאית להעביר לידיעת מעסיקי האחרון פרטים אודות שיעור הקצבה שנקבעה לי ותקופתה.

4. בהתאם להוראות התקנון, אם תהיה לי זכאות לקצבת נכות, היא תשולם עבור תקופה של עד שישה חודשים לפני מועד הגשת הבקשה לקבלת קצבת נכות. בנוסף, ידוע לי כי הגשת תביעה לקרן הפנסיה אינה עוצרת את מירון ההתיישנות הקבוע בדין. מירון ההתיישנות נעצר רק עם הגשת תביעה לבית הדין לעבודה.
5. הנתונים המפורטים בדיווחים שקיבלתי מהקרן מעת לעת אינם סופיים וידוע לי שהזכויות בחשבוני כפופות לבחינה עם הטיפול בבקשה זו יבוצע אימות וטיוב נתונים ולכן כל הנתונים הם בכפוף לתוצאות הבדיקה והתהליך האמור.
6. אם יתברר שאין לי זכאות לקצבה או שמסרתי לקרן פרטים שאינם נכונים, הקרן וכל קרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר בהן אני מבוסס/ת, תהיינה רשאיות לשלול זכאותי לקצבה או לעדכן את סכום הקצבה. ידוע לי כי במקרה כזה הקרן 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.
7. ידוע לי שהמידע הנמסר לקרן, בחלקו מתחייב על פי דין ועל פי תקנון הקרן וישמש את הקרן לבחינת זכויותי, לצרכי מתן השירות, שיפורו, ייעולו ותפעולו ולביצוע מחקרים סטטיסטיים. המידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם להוראות הדין, לתקנון הקרן ולרגולציה כולל לרשויות מקומיות ולגופים ממשלתיים, לפי העניין. אי מסירת מידע תמנע מאיתנו לתת לך שירות או להשיב לפנייתך. פרטים על זכותך לעיון או לתיקון המידע נמצאים במדיניות הפרטיות שלנו שנמצאת באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.amitim.com.
8. כל הפרטים שמסרתי בטופס נכונים ואני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי שיחול בעתיד באחד או יותר מן הפרטים שמסרתי.

11. חתימת המבוטח/ת

אני מאשר/ת כי קראתי והבנתי את כל סעיפי הבקשה וההצהרות הכלולות בה (יש למלא ולחתום כאן גם במילוי הטופס ע"י מיופה כוח / אפוטרופוס)			
תאריך	שם המבוטח/ת	מספר תעודת זהות	חתימת המבוטח/ת

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ _____ נושא/ת ת.ז. מספר _____, כתובת מגורים _____.

נותן/ת בזאת 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, אני נותן/ת 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 לחדוד (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/ת בזה את מחזיקי המידע ואת העובדים או המשרתים במסגרתם ו/או הפועלים מטעמם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע הנזכר לעיל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי כלפי מחזיקי המידע או כלפי המבקשים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

X

תאריך

חתימת המבוטח/ת

שם המבוטח/ת

אישור נציג הקרן / עו"ד

אני מאשר/ת כי היום ניצב/ה בפניי המבקש/ת _____ מספר ת.ז. _____ ואימתי
את החתימה על הבקשה כולל ההצהרות לאחר זיהוי על-פי תעודת זהות כמפורט לעיל ולאחר שאושרו לי נכונות פרטי הבקשה
וההצהרות וכי הוצגו בפניי האסמכתאות המקוריות המצורפות לבקשה.
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל-פה למבקשים/ות את כל האמור לעיל ושוכנעתי כי תוכן הבקשה הובן במלואו.

		
תאריך	שם מלא, חתימה וחותמת נציג הקרן / עו"ד	חתימת המבוטח/ת



ג 0101/130

למילוי ע"י גימלאי/ת

פרטים עובד

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק

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

סמך/י ✓ בריבוע המתאים

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.

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה	מין
					זכר ☐ נקבה ☐
כתובת פרטית	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים
רחוב	מיקוד	קידומת	קידומת	קידומת	קידומת
חבר קיבוץ/מושב שיתופי	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים
לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה מועברות לקיבוץ	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ ⁽⁸⁾	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ
חבר קיבוץ/מושב שיתופי	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים	מספר תיק ניכויים
לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה מועברות לקיבוץ	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ	לא ☐ כן ☐ הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ

ג. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
אינן לבן/בת הזוג כל הכנסה	יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קיצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת ☐			

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

סמך/י ✓ ליד שם הילד:	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך	בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל
1	שם	מספר זהות
2	שם	מספר זהות
3	שם	מספר זהות
4	שם	מספר זהות
5	שם	מספר זהות
6	שם	מספר זהות
7	שם	מספר זהות
8	שם	מספר זהות
9	שם	מספר זהות
10	שם	מספר זהות
11	שם	מספר זהות
12	שם	מספר זהות
13	שם	מספר זהות
14	שם	מספר זהות
15	שם	מספר זהות
16	שם	מספר זהות
17	שם	מספר זהות
18	שם	מספר זהות
19	שם	מספר זהות
20	שם	מספר זהות
21	שם	מספר זהות
22	שם	מספר זהות
23	שם	מספר זהות
24	שם	מספר זהות
25	שם	מספר זהות
26	שם	מספר זהות
27	שם	מספר זהות
28	שם	מספר זהות
29	שם	מספר זהות
30	שם	מספר זהות
31	שם	מספר זהות
32	שם	מספר זהות
33	שם	מספר זהות
34	שם	מספר זהות
35	שם	מספר זהות
36	שם	מספר זהות
37	שם	מספר זהות
38	שם	מספר זהות
39	שם	מספר זהות
40	שם	מספר זהות
41	שם	מספר זהות
42	שם	מספר זהות
43	שם	מספר זהות
44	שם	מספר זהות
45	שם	מספר זהות
46	שם	מספר זהות
47	שם	מספר זהות
48	שם	מספר זהות
49	שם	מספר זהות
50	שם	מספר זהות
51	שם	מספר זהות
52	שם	מספר זהות
53	שם	מספר זהות
54	שם	מספר זהות
55	שם	מספר זהות
56	שם	מספר זהות
57	שם	מספר זהות
58	שם	מספר זהות
59	שם	מספר זהות
60	שם	מספר זהות
61	שם	מספר זהות
62	שם	מספר זהות
63	שם	מספר זהות
64	שם	מספר זהות
65	שם	מספר זהות
66	שם	מספר זהות
67	שם	מספר זהות
68	שם	מספר זהות
69	שם	מספר זהות
70	שם	מספר זהות
71	שם	מספר זהות
72	שם	מספר זהות
73	שם	מספר זהות
74	שם	מספר זהות
75	שם	מספר זהות
76	שם	מספר זהות
77	שם	מספר זהות
78	שם	מספר זהות
79	שם	מספר זהות
80	שם	מספר זהות
81	שם	מספר זהות
82	שם	מספר זהות
83	שם	מספר זהות
84	שם	מספר זהות
85	שם	מספר זהות
86	שם	מספר זהות
87	שם	מספר זהות
88	שם	מספר זהות
89	שם	מספר זהות
90	שם	מספר זהות
91	שם	מספר זהות
92	שם	מספר זהות
93	שם	מספר זהות
94	שם	מספר זהות
95	שם	מספר זהות
96	שם	מספר זהות
97	שם	מספר זהות
98	שם	מספר זהות
99	שם	מספר זהות
100	שם	מספר זהות

ו. אישורים מצ"ב

אישור פקיד השומה לתיאום מס.

ז. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות

1	אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94.
2	אני לא סומן בחלק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות ממשכורת, מקצבה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
3	בנוסף, אני מקבל תגמול חודשי לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) או לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה ⁽¹²⁾ . יש לצרף אישור על קבלת תגמול זה.
4	אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מזכה ⁽⁹⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312.
5	אני הורה במשפחה חד הורית ⁽¹⁰⁾ 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 4 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
6	בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ד. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹¹⁾ .
7	מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____.
8	מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד שנתיים בשנת המס _____.
9	מספר ילדים שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____.
10	מספר ילדים שימלאו להם 4 שנים עד 5 שנים בשנת המס _____.
11	מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
12	מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____.
13	בגין ילדיי המפורטים בחלק ד. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 4 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽¹¹⁾ .
14	מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____.
15	מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד שנתיים בשנת המס _____.
16	מספר ילדים שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____.
17	מספר ילדים שימלאו להם 4 שנים עד 5 שנים בשנת המס _____.
18	מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
19	מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____.
20	אני הורה יחיד ⁽¹¹⁾ לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיף 4 ו-5 לעיל).
21	בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ד ואני משתתף/ת בכלכלתם.
22	ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
23	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.
24	בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. (מצורף פסק דין).
25	בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.
26	שירותי כלוחם/לוחמת מילואים סה"כ _____ ימי מילואים בשנת המס הקודמת. מצורף אישור מצה"ל על זכאות בעד שירות מילואים כלוחם.

ח. 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.

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעסיק" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מלגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת.
 - (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.
 - (5) שכר עבודה - ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
 - (6) קצבה - 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.
 - (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
 - (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
 - (9) ישוב מזכה - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
 - (10) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
 - (11) הורה יחיד - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.
 - (12) עובד ימלא משבצת זו (ב') - 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.
- רק בתנאי שמילא את המשבצת בסעיף 1' א' ורק כך יהיה זכאי לתקרת הפטור הגבוהה.

מערכת הכללים שלנו –

איך אנחנו מבררים ומיישבים תביעות?

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 2022-9-2, אנחנו מציגים בפניכם את מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות בקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר. מזמינים אתכם לצפות במערכת הכללים מאתר עמיתים או לקבל אותה באמצעות פנייה למוקד השירות הטלפוני 6667*.

1. קצת הגדרות משפטיות

- א. "אזרחים ותיקים" - מי שמלאו להם 67 שנים.
- ב. "יום עסקים" - כהגדרתו בחוק השקעות משותפות בנאמנות, התשנ"ד-1994.
- ג. "קרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר", "הקרנות" או "קרנות הפנסיה" או "הקרן"-
 - מבטחים מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ (בניהול מיוחד);
 - קרן מקפת מרכז לפנסיה ותגמולים אגודה שיתופית בע"מ (בניהול מיוחד);
 - קרן הגמלאות המרכזית של עובדי ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד);
 - קרן ביטוח ופנסיה לפועלים חקלאיים ובלתי מקצועיים בישראל - א.ש. בע"מ (בניהול מיוחד);
 - קרן הביטוח והפנסיה של פועלי הבניין ועבודות ציבוריות א.ש. בע"מ (בניהול מיוחד);
 - קופת הפנסיה לעובדי הדסה בע"מ (בניהול מיוחד);
 - קרן הגמלאות של חברי "אגד" בע"מ (בניהול מיוחד);
 - נתיב - קרן הפנסיה של פועלי ועובדי משק ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד);
- ד. "תביעה" - דרישה מאחת או יותר מקרנות הפנסיה הוותיקות למימוש זכויות לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות.
- ה. "תובעים" - מי שהציגו תביעה לקרנות הפנסיה הוותיקות, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיבו במסגרת עיסוקם נזק שנגרם לאחר ובאו בתביעה כלפי קרנות הפנסיה הוותיקות להיפרע את הטבת אותו נזק.

2. באילו מקרים מערכת כללים זו חלה?

מערכת כללים זו חלה על תביעות בגין סיכויי נכות ומוות בלבד במסגרת תקנון קרן הפנסיה כלומר, תביעות לבקשת קצבת נכות ובקשות לקבלת קצבת שאירים.

3. מمتי חלה מערכת כללים זו?

תחילתה של מערכת כללים זו מיום 1 ביוני 2011. מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר מועד זה.

4. הודעות שאנו שולחים במהלך התביעה

- א. בכל תביעה שתוגש אלינו כמצוין מעלה, אנו נמסור לתובעים בהקדם האפשרי:
 - קישור לצפייה במערכת כללים זו;

- פירוט הליך בירור התביעה ויישובה ;
- הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובעים ;
- פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובעים לשם בירור ויישוב תביעה ;
- טופס הגשת תביעה והנחיות לגבי מילוי ;
- הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה.

מידע זה מופיע גם באתר עמיתים.

ב. אזרחים וותיקים יכולים להגיש תביעה גם באמצעות שיחת טלפון. השיחה תוקלט ותתועד במערכות שלנו.

ג. אנו נמסור לתובעים בהקדם האפשרי הודעה בכתב אודות קבלת מסמכי התביעה ומועד קבלתם.

ד. אם נדרשים מסמכים נוספים, אנו נודיע על כך ונבקש לקבל אותם תוך 14 ימי עסקים מיום ההודעה.

ה. אנו לא נבקש לקבל מידע או מסמכים שסביר להניח שהתובעים לא יכולים להשיגם / רשאי לקבלם אלא אם יש יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים הללו נמצאים בידי התובעים.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

5. הודעה על סטטוס הטיפול בתביעה ותוצאותיו

אנו נעדכן את התובעים בסטטוס הטיפול בתביעה בתוך 30 יום מהמועד שבו התקבל כל המידע והמסמכים הדרושים, או מהמועד שבו התקבל טופס תביעה מלא כנדרש (המאוחר מבין השניים).

6. הודעת תשלום

אם התקבלה החלטה על תשלום תביעה, אנו נמסור לתובעים במועד התשלום הודעה בכתב ותלוש קצבה או הפניה למסמכים המתייחסים לנושאים אלו ומצורפים להודעה, אם הם רלוונטיים למקרה התביעה :

- סיבת התשלום ;
- פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב ;
- סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה ;
- פירוט של הקיזוזים שנוכו מהתשלום כיוון שהתובעים מקבלים תשלומים בשל אותה סיבת נכות שלא מקרן הפנסיה ושלפי התקנון או הוראות הדין יש לקזזם מהתשלום.
- פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לקרן הפנסיה מאת התובע ;
- פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה ;
- סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה ;
- הריבית החלה באותה עת וציון ההוראות החלות לגביה ;
- הסכום שנוסף לתשלום בשל הפרשי הצמדה וריבית ;

- סכום התשלום הראשון ;
 - מנגנון עדכון התשלומים ;
 - המועד הראשון שלו זכאים התובעים לתשלום ;
 - משך התקופה המרבית עבורה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות התקנון או הדין ;
 - משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של הזכאות ;
 - הכללים לבדיקה מחודשת של הזכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים ;
 - מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.
- א. אם התקבלה החלטה על תשלום חלקי של התביעה, אנו נמסור לתובעים במועד התשלום הודעה בכתב הכוללת שני חלקים :
- חלק ראשון יפרט את מרכיבי התשלום שאושר ובהתאם למפורט מעלה ;
 - חלק שני יפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.

7. הודעת דחייה

אם התקבלה החלטה על דחיית התביעה, אנו נמסור לתובעים הודעה בכתב שבה יפורטו כל נימוקי הדחייה, כולל תנאי התקנון או הוראות הדין שעל בסיסם נדחת התביעה.

8. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

- א. אם אנו נזדקק לזמן נוסף לצורך בירור התביעה, אנו נמסור לתובעים הודעה בכתב על כך ויפורטו בה הסיבות לכך שנדרשת הארכת הזמן והמסמכים הנוספים הנדרשים כדי להשלים את הבירור.
- ב. הודעת המשך הבירור תימסר לתובעים לפחות כל 90 ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה - לפי העניין - למעט במקרים הבאים :
- התובעים פנו לערכאות משפטיות ;
 - אם התובעים לא הגיבו לאחר שנמסרו להם שתי הודעות המשך בירור עוקבות, הכוללות בקשה למידע או למסמך - ובלבד שבהודעה האחרונה לתובעים צוין כי לא יישלחו הודעות נוספות.
- ג. לאזרחים וותיקים אנו נמסור הודעת המשך הבירור גם בעל פה, אלא אם הם אישרו שההתקשרות עמם תהיה בערוצים דיגיטליים.
- *הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

9. הודעה על התיישנות תביעה

- א. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תופיע פסקה המציינת בהבלטה את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה לקרן **אינה** עוצרת את מרוץ ההתיישנות להבדיל מהגשת תביעה לבית משפט.
- ב. בכל הודעה אחרת הנשלחת לתובעים בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה, תופיע הפסקה מעלה אודות ההתיישנות, ותופיע גם הודעה על כך שמרוץ ההתיישנות החל במועד קרות האירוע המזכה בציון מועד קרות האירוע.

ג. בכל מקרה, הארכת תקופת ההתיישנות תחול אך ורק במקרה בהתקיים התנאים הקבועים בחוק התיישנות.
*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

10. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תופיע פסקה המציינת בהבלטה את זכויות התובעים הבאות:

א. להשיג על ההחלטה (והדרך לעשות זאת);

ב. להציג את ההשגה בפני הממונה על פניות הציבור של הקרן (והדרך לעשות זאת, כולל פרטי הממונה ואופן ההתקשרות אתו);

ג. להציג את ההשגה בפני גורמים נוספים, כולל ערכאה שיפוטית או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

*הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

11. בדיקה מחודשת של זכאות

א. בסעיף זה, "בדיקה מחודשת של זכאות", לעניין קצבת נכות, פירושה בדיקה נוספת שנערכת לפי החלטת הקרן במהלך תקופת הזכאות לקצבת נכות, לעניין זכאות התובעים לקצבת נכות, לרבות שיעור הנכות, לגבי התקופה האמורה. הקרן המבקשת לבדוק מחדש זכאות התובעים לקבלת תשלומים שוטפים, תעשה זאת לפי הכללים שבתקנון הקרן.

ב. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותם של התובעים לקבלת תשלומים שוטפים יימסרו לתובעים עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי ובהודעה על החלטת רופא/ת הקרן (לתובעים שנקבעה להם נכות עד גיל פרישה תקנוני) וכן יפורטו באתר עמיתים.

ג. אם יידרשו עלויות לצורך בדיקה מחדש, התובעים לא יישאו בהן.

ד. אם כתוצאה מהבדיקה המחודשת, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים שוטפים המשולמים לתובעים, ייעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בתקנון ואם אין כאלה – אנו נמסור לתובעים הודעה על השינוי לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים - אך לא יותר מ-60 ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים.

ה. ההודעה לתובעים אודות השינוי בזכאות תכלול את כל הנימוקים להחלטה להקטין או להפסיק את התשלומים השוטפים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה, בשינויים המחויבים.

ו. מובהר כי אין בדברים הללו שנאמרו מעלה כדי לגרוע מזכותן של קרנות הפנסיה הוותיקות לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי.

12. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

אנו נשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטחים או תובעים, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בקרן, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר מ-30 ימים ממועד קבלת הפניה.

לעניין אזרחים וותיקים - לא יאוחר מ- 21 ימים ממועד קבלת הפניה.

13. מתן העתקים

א. אנו נמסור לתובעים, אם יבקשו, העתק מן מהתקנון בתוך 7 ימי עסקים ממועד הבקשה.

ב. אנו נמסור לתובעים, אם יבקשו, העתקים מכל מסמך שהתובעים חתומים עליו, מכל מסמך שהתובעים מסרו לנו או מכל מסמך אשר התקבל אצלנו בהסכמתם, בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
אם המסמכים כבר הועברו לתובעים בעקבות פניות קודמות או אם המסמכים המבוקשים אינם רלוונטיים לתביעה, אנו פטורים ממסירתם לתובעים.

14. סיכום זמני הטיפול בהתאם למערכת הכללים:

הפעולה	זמן הטיפול
דרישת מידע ומסמכים נוספים מהיום שהתברר הצורך בהם	14 ימי עסקים
לאחר קבלת כל המסמכים, מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים
מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים
מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים
מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימים
מענה בכתב לפניית ציבור של אזרחים וותיקים	21 ימים
מסירת העתקים מתקנון	7 ימי עסקים
מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתמו התובעים	21 ימי עסקים

בברכה,
עמיתים קרנות פנסיה