

תאריך:

לכבוד _____

הנדון: הנחיות לתביעת תשלום פנסיית נכות מהקרן

בהמשך לפנייתך למשרדינו, להלן פירוט המסמכים הדרושים לתביעת נכות:

- טופס תביעה לנכות (מצ"ב).
- כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.
- שאלון כושר עבודה (מצ"ב).
- טופס 101 (מצ"ב) / תיאום מס מפקיד שומה.
- כתב ויתור על סודיות רפואית ב- 3 עותקים מקוריים (מצ"ב).
- צילום ברור של תעודת הזהות.
- אישור על חשבון הבנק שלך וזאת בכדי לוודא שהחשבון על שמך או צילום המחאה ריקה וזאת בכדי שנוכל לבצע הפקדה בנקאית ישירות לחשבונך (צילום המחאה נועד לאמת פרטי חשבון בנק ולמנוע טעויות הנובעות מכיתוב ידני).

באם תביעתך הינה לתשלום גמלת נכות לנכה סיעודי נא לצרף אישור על זכאותך לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי.

לידיעתך: במידה ולא יתקבל אחד המסמכים הנ"ל- לא ניתן יהיה לבצע המשך טיפול בקשתך לתביעת נכות.

את המסמכים אנא החזרי/י לקרן באמצעות הדואר לכתובת:
"מיטבית - עתודות" נירים 2 ת.ד. 9315 תל אביב מיקוד 67060

לברורים נוספים ניתן לפנות למחלקת שרות לקוחות לטלפון: 1-700-700-627.

בברכה,

מיטבית-עתודות
חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ

תביעה לתשלום פנסיית נכות מלאה/נכות חלקית

1. תביעה לנכות: חלקית מלאה (סמן ב-X)
2. הנכות הנה תוצאה של: מחלה מחלה מקצועית תאונה שאינה מזכה בתביעת נזיקין תאונת עבודה תאונת דרכים פעולות איבה או מלחמה תאונה שיש בגינה תביעה נזיקין- ציין _____
3. פרטי העמית/ה:

מספר תעודת זהות		שם משפחה			שם פרטי		שם האב		מצב משפחתי		
תאריך לידה			תאריך התחלת עבודה			משכורת אחרונה		% משרה ממוצע		שעות עבודה למשרה מלאה	
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום						
כתובת מגורים		רחוב		מס בית		עיר		מיקוד		טלפון נייד	

4. פרטי בן זוג

מספר תעודת זהות		שם משפחה			שם פרטי		תאריך לידה		מקום עבודה		טלפון עבודה/נייד	
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	

5. פרטי ילדים

מספר תעודת זהות		שם פרטי			תאריך לידה			
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

6. פרטי חשבון הבנק לתשלום פנסיה (נא לצרף אישור מהבנק)

שם הבנק	שם הסניף	מס' סניף	מס' חשבון

7. מועד האירוע לתביעה:

תאריך פריצת מחלה/האירוע			ת. תחילת ניצול ימי מחלה*			ת.סיום ניצול ימי מחלה		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

- יש לצרף טופס שאלון על כושר עבודה.
- יש לצרף תעודות מחלה.
- יש לצרף טופס ויתור על סודיות רפואית ב- 3 עותקים.

8. הצהרת העמית

א. הריני מבקש בזאת לאשר לי תשלום פנסיית נכות החל מ- _____

ב. סמנ'י בעיגול את החלופה המתאימה לך

1. הגשתי תביעה לנכות מהגופים הבאים:

המוסד לביטוח לאומי.

חברת ביטוח, פרט את שם החברה _____.

מוסד אחר, פרט את שם המוסד _____.

התביעה הוגשה באמצעות עו"ד _____,
 שכתובתו _____ טלפון _____.

2. יש בכונתי להגיש תביעה לנכות מהגופים הבאים:

המוסד לביטוח לאומי.

חברת ביטוח, פרט את שם החברה _____.

מוסד אחר, פרט את שם המוסד _____.

התביעה תוגש באמצעות עו"ד _____,
 שכתובתו _____ טלפון _____.

3. לא הגשתי תביעת נכות או תביעת פיצוי בגין המחלה/הארוע הנ"ל למוסד לביטוח לאומי ו/או לחברת ביטוח ו/או למוסד אחר.

ג. אני מתחייב/ת להודיע לכם בכל מקרה שאגיש בעתיד תביעה למוסד לביטוח לאומי ו/או לחברת ביטוח ו/או לכל מוסד אחר ולהביא לידיעתכם את פסק הדין או הפשרה.

ד. חשבון הבנק שלי הוא על שמי ושותפים בו:

1. שם _____, ת.ז. _____, קרבה _____

2. שם _____, ת.ז. _____, קרבה _____

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

ו. סמנ'י X בחלופה המתאימה:

יש לי הכנסה* מעבודה בסך _____ ש"ח לחודש.

אין לי הכנסה* מעבודה מתאריך _____ עד תאריך _____.

(*הכנסה מעבודה לעניין זה- לרבות ימי מחלה).

ז. הריני מצהיר כי אני נותן לכם הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף ציבורי, כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, כדי לקבל כל מידע הקשור אלי.

ח. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הנם נכונים. הנני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי שיחול באחד או יותר מהפרטים שמסרתי.

_____ X תאריך _____ X חתימת העמית/ה

9. אישור המעסיק

הריני מאשר כי העמית חתם בנוכחותי על הבקשה, וזאת לאחר שקרא את תוכנה ואת דף המידע המצורף אליה וכי אימתי את הפרטים המופיעים בבקשה זו, על פי תעודת זהות והמסמכים של העמית.

_____ X תאריך _____ X חתימה וחותמת המעסיק

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' תעודת זהות

שאלון כושר העבודה של העמית

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תאריך לידה: ____/____/____

מקום העבודה: _____ מקצוע: _____ תפקיד: _____

אבחנות:

בבדיקה קלינית:

במעבדה:

בצלומי רנטגן:

בבדיקות אחרות:

המלצת הרופא המטפל :

שם הרופא המטפל: _____	אישור הרופא המחוזי ד"ר: _____
מרפאה (שם וכתובת): _____	מחוז: _____
תאריך: __/__/__ חתימה: X _____	תאריך: __/__/__ חתימה: X _____

התייעצות עם/המלצת רופא מקצועי שם הרופא: _____ מומחה ב: _____
מסקנה:

תאריך: _____
X _____ חתימה: __/__/__

התייעצות עם/המלצת המחלקה לרפואה תעסוקתית שם הרופא: _____
מסקנה:

תאריך: _____
X _____ חתימה: __/__/__

טופס כרטיס עובד - הנחיות למילוי

יש למלא את שני העמודים של הטופס.

עמוד ראשון:

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

X

עמוד שני:

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

*אם יש לך הכנסות נוספות, ינוכה מהפנסיה מס מקסימלי אלא אם כן נקבל תיאום מס.

אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש באפשרותך שתי אופציות:

1. לקבל את תשלום הקצבה הראשון בניכוי מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלוש שתקבל מאיתנו. בתשלום הפנסיה שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס על פי האישור מתחילת התשלומים באותה שנה.

2. לבקש שנשלח לך הפנייה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים) מספר זהות _____ דף 2 מתוך 2 101

1	<input type="checkbox"/>	אני תושב/ת ישראל.
2	<input type="checkbox"/>	אני נכה 100% / עיוור/ת / לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94.
3	<input type="checkbox"/>	אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מיוחד / באיזור פיתוח מתאריך _____ . שם הישוב _____ . מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.
4	<input type="checkbox"/>	אני עולה חדש/ה מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שהיתה לו הכנסה או שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
5	<input type="checkbox"/>	בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. (רק אם העובדת או בן/בת הזוג הגיעה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת)
6	<input type="checkbox"/>	בגין משפחה חד הורית.
7	<input type="checkbox"/>	בגין ילדי שבחוקתי (נימלא רק ע"י אשה או ע"י גבר חד הורית) המפורטים בחלק ג. <input type="checkbox"/> מסי ילדים שנולדו בשנת המס _____ <input type="checkbox"/> מסי ילדים שימלאו להם 18 שנה בשנת המס _____ <input type="checkbox"/> מסי ילדים אחרים _____
8	<input type="checkbox"/>	בגין ילדי שאינם בחוקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
9	<input type="checkbox"/>	בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר (נימלא ע"י מי שנישא בשנית) (מצורף מסק דין).
10	<input type="checkbox"/>	מלאו לי 16 שנים וטרם מלאו לי 18 שנים.
11	<input type="checkbox"/>	אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
12	<input type="checkbox"/>	בגין מי שחזר למעגל העבודה. מצורפת הצהרה בטופס 118.
13	<input type="checkbox"/>	בגין סיום לימודים לתואר אקדמי או סיום לימודי הוראה/מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

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

1	<input type="checkbox"/>	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. מדועד הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי ליהודים ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.																											
2	<input type="checkbox"/>	יש לי הכנסות נוספות ממשכורת/קיצבה כמפורט להלן:																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">המס שנוכה</th> <th rowspan="2">הכנסה חודשית</th> <th rowspan="2">סוג ההכנסה (משכורת/קצבה/אחר)</th> <th colspan="3">המעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר</th> </tr> <tr> <th>שם</th> <th>כתובת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (משכורת/קצבה/אחר)	המעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים						9						9						9
המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (משכורת/קצבה/אחר)				המעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר																							
			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים																								
					9																								
					9																								
					9																								
3	<input type="checkbox"/>	פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.																											

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים.
 ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה.
 אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך
 _____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 0101

(1) "עובד" לרבות מקבל קיצבה. "מעביד" לרבות משלם קיצבה. "משכורת" לרבות קיצבה. "עבודה" לרבות קבלת קיצבה.
 (2) משכורת חודש - משכורת כעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש ויותר מ - 5 שעות בכל יום.
 (3) משכורת נוספת - משכורת כעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש ויותר מ - 5 שעות בכל יום, נוסף למשכורת חודש ו/או נוסף לקיצבה החייבת במס במקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת נוספת".
 (4) משכורת חלקית - משכורת כעד עבודה במשך 5 שעות או פחות בכל יום או משכורת כעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ביום אך לא יותר מ-8 שעות במשך. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
 (5) שכר עבודה - משכורת כעד עבודה של יותר מ - 5 שעות ביום אך פחות מ - 18 יום בחודש. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
 (6) קיצבה - מקיצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה.
 (7) אם העובד לא מילא משכורת או - המעביד מגווע מלכות מס לפי לוח הניכויים ויש לעלות מס מירבי לפי התקנות מכלל תשלומי המעביד.
 (8) אם העובד מילא משכורת או - המעביד מגווע מלכות מס לפי לוח הניכויים ויש לעלות מס מירבי לפי התקנות.
 (9) אם העובד לא מילא משכורת או - על המעביד לצרף למשכורת סכומי הפרשות לקרן השתלמות לתפוליים ולביטוח אובדן כושר עבודה, ולכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישורת יאום מס מפקיד השומה

יש להעביר טופס זה ב- 3 העתקים מקוריים

לכבוד
מיטבית – עתודות חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ
נירים 2 ת.ד. 9300 תל אביב מיקוד 67060

א. ג. נ.

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ _____ נושא ת.ז. מס' _____ נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן, ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או למקומות עבודתי בעבר, בהווה ובעתיד ו/או כל אדם ו/או כל גוף אחר אשר ברשותו מידע על מצבי הבריאותי, ו/או הסוציאלי, ו/או מצבי בתחום הסיעודי, ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד (להלן למען הנוחיות: "המידע"), למסור למיטבית חברה לניהול קרנות פנסיה ו/או למיטבית גמל (2003) בע"מ (להלן: "מיטבית"), ולמי מטעמה, את כל המידע המצוי בידיהם ובאופן שיידרש על ידי מיטבית.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות והגורמים הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם, ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם, לרבות בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירת הסודיות בכל הנוגע למידע אודותיי שברשותם ובכל הנוגע למידע בדבר תשלומים ששולמו ו/או משולמים לי על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון.

הנני מוותר בזאת על סודיות כלפי מיטבית, ולא תהיה לי אל כל המוסדות הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור למיטבית.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

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

אימות החתימה*

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

תאריך _____ חתימה _____

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