



טופס בקשת תשלום קצבת נכות

אישור על קבלת הבקשה ותחילת הטיפול בה יישלח ב SMS לטלפון הנייד המצוין על גבי טופס זה בתוך 48 שעות ממועד קבלתו, את מסמכי הבקשה ניתן להעלות ישירות לאתר <https://ds.menoramivt.co.il/connect> או באמצעות סריקת הברקוד QR שמופיע בצד שמאל שבראש העמוד

1. פרטי העמית (חובה למלא את כל הפרטים)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות מלא	תאריך לידה	מין
לייב	חיים	032400681	06/06/1975	נ
רחוב	מס' בית	עיר מגורים	מיקוד	ת.ד.
רח' המלך	17	ממילא	3344000	198
טלפון נייד	טלפון	דואר אלקטרוני	דואר	
054-5818184	-	matias@gmail.com		

אבקש לקבל את ההודעות בדבר בירור התביעה באופן הבא: ☐ דואר ☒ דואר אלקטרוני
ככל שלא תיבחר אופציה או תיבחר יותר מאופציה אחת, הודעות תישלחנה לדואר האלקטרוני.

2. פרטי עו"ד מטפל

שם פרטי	שם רחוב בו נמצא המשרד	מס'	עיר	ת.ד.	מיקוד
עו"ד אריאל פריד	רח' המלך	7	ממילא		
טלפון משרד	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
03-7472258	054-6544930	freiarial@gmail.com			

* יש לצרף יפיו כח הכולל חותמת ומספר רשיון המופנה ספציפית ל"מנורה מבטחים פנסיה וגמל" או לציון שיפיו הכוח ניתן לצורך טיפול בהגשת תביעת נכות מיום (ולציון את מועד קרות האירוע הנטען).

3. פרטי חשבון הבנק

שם הבנק	מספר הבנק	מספר הסניף	מספר חשבון
אנשי הח"ל	14	317	133470

* יש לצרף העתק/צילום אישור בנק הכולל את הפרטים הבאים: שם מלא, מספר ת.ז. מספר הסניף ומספר חשבון וחתימה וחתימת של הבנק, או לחילופין העתק/צילום של המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.
* הדרישה רלוונטית במידה ומדובר באחד מהבנקים הבאים: דקסיה, בנק ירושלים, בנק ישראל, סיטיבנק, בנק ערבי ישראלי, HSBC, או במקרה שבו התשלום אינו מועבר לחשבון האישי (באישור הקרן).

4. נסיבות התביעה

נא ציין בגין איזו סיבה מוגשת התביעה (ניתן לסמן יותר מסיבה אחת): ☐ אירוע המקנה זכאות לקצבה ממקור אחר ☐ מחלה ☐ מחלת מקצוע ☐ שמירת הריון ☐ תאונת דרכים ☒ תאונה אחר ☐ אחר: _____

* ככל שסומנה שמירת הריון - יש למלא טופס ייעודי

* ככל שסומן אירוע המקנה זכאות לקצבה ממקור אחר - יש למלא טופס ייעודי

לצורך כך קצבה ממקור אחר הינה:

1. קצבה המשתלמת לפי פרק ה (תאונות עבודה) לחוק הביטוח הלאומי;
2. קצבה המשתלמת לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט-1959;
3. קצבה המשתלמת לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970;
4. קצבה המשתלמת לפי חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א-1981;
5. קצבה המשתלמת לפי חוק שירות בתי הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א-1981.

האם הוגשה תביעה לקבלת קצבה ממקור אחר (ביטוח לאומי/משרד הביטחון)? כן/לא

האם הנך נכה סיעודי? כן/לא במידה והתשובה היא "כן", יש לצרף מסמכים רפואיים תומכים במצב זה.

מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ

ת.ד. 3507, רמת גן 5213603 ☎ 03-7552400 🗺️ * 2000 www.menoramivt.co.il

שיר חנני

פירוט תלונות ותיאור מועד אובדן כושר עבודה: אנה ציין את שם המחלה/ בעיה רפואית *מילוי הסעיף הינו חובה. צירוף המסמכים אינו מספק

צירוף המסמכים איום מספק

אכזר | כולל | זכור | יום | האלון

נא פרט בהרחבה את הסיבות שבעטיין הנך טוען לאובדן כושר עבודה. ר"כ ת"ז ר' רפאל

ככל שלא ינתן פירוט או שתהיה הפניה למכתב עו"ד מלווה או למסמכים הרפואיים שצורפו - הועדה הרפואית תבחן אך ורק המפורט במכתב עוה"ד או במסמכים הרפואיים המצורפים והעמית לא יוכל לטעון לסיבות נוספות מעבר לכך

תאריך פריצת המחלה או קרות האירוע:

מועד הפסקת העבודה בפועל (רק אם ארעה לאחר מועד פריצת המחלה או קרות האירוע):

5. מידע תעסוקתי:

האם הנך: ☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ עצמאי ושכיר

באם הנך שכיר, נא מלא את הפרטים הבאים:

נא ציין את פרטי מעסיקיך בעת האירוע:

שם המעסיק	עיסוק/תפקיד	ותק	מועד הפסקת עבודה/ידידה בהיקף משרה	סיבת הפסקת עבודה	במידה ואין הפסקת עבודה אלא ידידה בהיקף משרה, נא ציין את היקף המשרה לאחר השינוי	שם איש קשר ותפקידו (רצוי ממחלקת משאבי אנוש/מדור שכר)	תאריך פטורים
קטלן זכנר	מנהל	9 שנה	25/7/2023	תאונה	-	8/1/2018	12/10/2023
בוגזל בן	מנהל	9 שנה					

ככל שחזרת לעבוד לאחר פריצת המחלה או קרות האירוע נא ציין:

שם המעסיק	עיסוק/תפקיד	מועד החזרה לעבודה	היקף משרה

* במקרה של עבודה חלקית בתקופת הנכות/ חזרה לעבודה יש לצרף אישור מעסיק המציין את אחוז המשרה ואת מועד הירידה בהיקף המשרה ותלושי שכר.

6. השכלה

נא ציין מספר שנות לימוד, תואר אקדמאי, קורסים מקצועיים וכו'.

7. עדכון נתונים רפואיים:

שם קופת החולים בה הנך חבר **כיום:** סניף: עיר: שנת הצטרפות לקופה:

שם קופת החולים בה היית חבר **בעבר**: _____ סניף: _____ עיר: _____

שנות הצטרפות לקופה: _____ שנות עזיבה: _____

אשפוזים רפואיים:

תאריך אשכנז	תאריך שחרור	המוסד המאשפז	המחלה בניה חל האשכנז
	י"ב		

נא לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

זכאות לקצבה מקרן פנסיה מקיפה חדשה / כללית נוספת

האם במועד קרות האירוע הנטען הינך מבוטח בקרן פנסיה מקיפה חדשה / כללית נוספת כן / לא

במידה וסומן כן, נא ציין את שם קרן הפנסיה _____

מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ

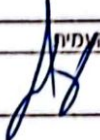
הצהרות העמית

1. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה זו על צירופותיה, הם נכונים, מלאים ומדויקים, וידוע לי כי זכאותי לקבלת קצבת נכות תקבע בהתאם לפרטים אלו ולמסמכים שהוגשו, הנוני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי שיחול באחד או יותר מהפרטים והמסמכים שמסרתי.
 2. ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ו/או אישורים ו/או מידע נוסף ו/או עריכת בדיקות כתנאי לתשלום קצבת הנכות או לצורך אחר בהתאם לשיקוליה.
 3. ידוע לי כי ככל שיתברר בעתיד ששולמו לי כספים שאיני זכאי להם, תהיה הקרן רשאית לבצע עדכון או התאמות של הכספים שמשולמים לי, לרבות קיזוז תשלומים מהתשלומים המשולמים לי או מכל סכום לו הנוני זכאי או זכאים לו שארי/יורשי/מוטביי. אין באמור כדי לגרום מהקרן את זכאותה להיפרע ממני על פי כל דין.
 4. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום קצבת נכות המגיע לי ו/או לשארי/יורשי/מוטביי, כל חוב הרשום על שמי ו/או על הרשומים לעיל, לרבות יתרת הלוואות מהקרן.
 5. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום קצבת נכות המגיע לי, לשארי/יורשי/מוטביי, את מלוא המסים או הניכויים בהתאם להוראות תקנון הקרן ולכל דין כפי שיהיו מעת לעת.
 6. ידוע לי ומוסכם עלי, כי ככל שתאושר תביעת הנכות שלי, החברה תפנה אל המוסד לביטוח לאומי כדי לקבל ממנו (עבורי) מידע לגבי הפטור שלי מתשלום דמי ביטוח לאומי, ככל שאני זכאי לפטור שכזה. אני מאשרת בזאת למוסד לביטוח לאומי למסור לחברה את המידע אודות פטור שכזה (או העדר פטור שכזה), ואני מוותרת על חובת הסודיות שהמוסד לביטוח לאומי חייב כלפיי לפי כל דין ו/או הסכם לצורך מתן המידע על הפטור הנ"ל.
 7. ידוע לי כי הנוני רשאי לבקש כי אחד מהרופאים בועדה הרפואית, ימונה מטעמי וככל שאעשה כן עלי להודיע על כך בכתב לקרן מיד עם הגשת הערעור על קביעת רופא הקרן.
 8. הריני להצהיר כי הנוני בעל חשבון בנק שפרטיו לעיל ומבקש לקבל את קצבת הנכות לחשבון בנק זה. ידוע לי, כי במסגרת הטיפול בתביעת הנכות שלי, החברה תפנה אל הבנק שלי, ותאמת מולו את פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה.
- אני מאשר בזאת לבנק למסור לחברה את המידע הדרוש לצורך אימות פרטי חשבון הבנק שלי, ומוותר על חובת הסודיות שהבנק חייב כלפיי לפי כל דין ו/או הסכם לצורך האימות האמור.
- האימות יבוצע באמצעות בדיקת הפרטים האישיים שבטופס (שם פרטי, שם משפחה, מס' זיהוי ומס' חשבון) מול הבנק, ובמאגרי החברה יישמר תיעוד של האימות האמור.
- ידוע לי, כי המידע שיימסר במסגרת האימות הוא חיווי אם הפרטים הנ"ל תואמים את הפרטים הרשומים בבנק או לא.
- למען הסר ספק, לא תהיה לי כל טענה ו/או דרישה כלפי הבנק ו/או החברה בנוגע להליך אימות פרטי חשבון הבנק מול הבנק.

עוד ידוע לי, כי אני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל וזאת כל עוד לא בוצע האימות בפועל.

נבקש להביא לידיעתך כי על-פי תיקון לצו הגנת הפרטיות (קביעת גופים ציבוריים), התשמ"ו-1986, שפורסם ביום 10 באפריל 2019, ובהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, תקבל קרן פנסיה מרשות האוכלוסין וההגירה מידע על שהותו של מקבל קצבה מחוץ לישראל למשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, לצורך בדיקת זכאותו להמשך קבלת קצבה מקרן הפנסיה.

מאחר שהזכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירתו של מקבל הקצבה, נקבע בהוראות הממונה כי ככל שמקבל קצבה שווה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, יהא עליו להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" לצורך בדיקת זכאותו להמשך קבלת קצבה וכן למסור פרטים ליצירת קשר בזמן שהותו בחו"ל. ככל ששהותו של מקבל הקצבה מתארכת, יהיה עליו להמציא אישור חיים אחת לחצי שנה עד שנה, בהתאם לדרישת הקרן, כל עוד הוא שווה מחוץ לישראל.

חתימת העמית	תאריך
	28/11/2022

מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ



לכבוד

א.ג.ג.

הנדון: הסכמה למסירת מידע על פי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981

אני הח"מ נותן בזה למנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ וכן למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ככל שקיימת על שמי פוליסת ביטוח משלים במנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ו/או למי מטעמן, (להלן: "מבטחים"), הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף, לרבות חברות ביטוח, קרנות פנסיה ולרבות גוף ציבורי כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות או מוסד רפואי, עובדי, רופאים, וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופות חולים, רופאים ועובדיהם, בתי חולים כלליים או פסיכיאטרים או שיקומיים על כל מחלקותיהם, וכן למוסד לביטוח לאומי או רשויות המס או משרד הביטחון או כל עובד בתחום הסוציאלי או הסיעודי, כדי לקבל את כל הפרטים והמידע המצויים בידם ללא יוצא מן הכלל, בנוגע למצבי הבריאותי או הסוציאלי או בתחום הסיעודי או הכלכלי או בתחום השיקומי או בתחום הפסיכיאטרי והפסיכולוגי וכן כל מידע אחר הנדרש למבטחים לצורך בחינת זכאותי לקבלת גמלת נכות מלאה או חלקית ממבטחים.

הריני משחרר בזה כל גוף הנזכר לעיל ומתיר להם בזאת ליתן לכם את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידם הקשורים אליי, למצבי הכלכלי, למצב בריאותי ו/או מחלותי, שהנני חולה בהן כיום או שחליתי בהן בעבר, לרבות רשימת רופאים אשר טיפלו בי במסגרתן, כל חומר המצוי במאגרי המידע של המוסדות כאמור בנוגע אליי, ולרבות החלטות שניתנו ע"י הגופים כאמור, הקובעים את זכאותי לגמלת נכות וכן את שיעור הנכות שאושר לי ו/או כל החלטה אחרת.

כמו כן הריני מוותר בזאת על חובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ובכל עניין הקשור לעבודתי.

כמו כן אני נותן בזה רשות למבטחים למסור, לכל נותן שירותים חיצוני של מבטחים ולכל מבטח חיצוני לרבות חברות ביטוח וקרנות פנסיה, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, וכל מידע לזכאותי לקצבה וגובה הקצבאות המשולמות או צפויים להיות משולמות, והנני משחרר את כל עובדי מבטחים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי נותן שירותים חיצוני של מבטחים ו/או המבטח החיצוני.

כתב ויתור זה כוחו יפה גם לצורך הדיונים של ועדות הערעורים על החלטות מבטחים לרבות ועדות חיצוניות וכל ערכאה שיפוטית, ככל שיתקיימו כאלה. עם חתימתי על כתב ויתור זה, הריני מצהיר/ה כי לא תהייה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי המוסדות או עובדיהם או נותני השירות שלהם או מטעמם, בקשר עם מסירת מידע כאמור וכן לא תהייה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי מבטחים בקשר עם מסירת מידע על ידם לכל נותן שירותים חיצוני של מבטחים ו/או מבטח חיצוני ולא יהיו לי כל טענות ו/או תביעות כלפי המבטח החיצוני בקשר עם קבלתו מידע כאמור.

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

פרטי החותם:

שם משפחה ופרטי	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה	כתובת
נ' א' י' 1978	032400681	27/11/2022		רח' גולן 17 תל אביב

עד לחתימה: חובה לחתום על כתב ויתור זה בפני עו"ד, רופא, סוכן ביטוח בעל רישיון פנסיוני ולצרף תעודת סוכן

שם משפחה ופרטי	מס' רישוי	תאריך	חתימה וחתימת *
עוז א. א. א. 076	62254	27.11.22	אריאל פרידברג, עו"ד מ.ר. 62254

* יש להקפיד על תאריכי חתימה זהים ועל כך שהחתימת תכלול את מספר הרישוי הברור של מאמת החתימה

מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ

ת.ד. 3507, רמת גן 5213603 ☎ 03-7552400 📞 * 2000 www.menoramivt.co.il

הנדון: כתב הצהרה והתחייבות במקרה של זכאות לקצבה ממקור אחר נדרש למלא וסומן בטופס התביעה שמדובר באירוע המקנה זכאות לקצבה ממקור אחר

בהתאם להוראות חוזר פנסיה שעניינו "קצבת נכות בקרן פנסיה במקרה של זכאות לקצבה ממקור אחר", ולהוראות סעיף 83, 82 לתקנון "מנורה מבטחים פנסיה", "מנורה מבטחים משלימה", בהתאמה (להלן - "הקרן"), אם נגרמה הנכות מאירוע המקנה לעמית זכאות לתשלום קצבה ממקור אחר, תותנה זכאות העמית לפנסיה נכות בכך שיתבע את התשלומים המגיעים לו כקצבה ממקור אחר לא יאוחר מ- 45 ימים מיום שהודיעה לו החברה כי הוא זכאי לכאורה לתשלום הקצבה ממקור אחר.

"קצבה ממקור אחר" הינה אחת מקצבאות הנכות האלו:

- קצבה המשתלמת לפי פרק ה' (תאונות עבודה או מחלת מקצוע) לחוק הביטוח הלאומי;
- קצבה המשתלמת לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט 1959;
- קצבה המשתלמת לפי חוק התגמולים לפי פגעי פעולות איבה, התש"ל-1970;
- קצבה המשתלמת לפי חוק המשרטה (נכים ונספים), התשמ"א 1981;
- קצבה המשתלמת לפי חוק שירות בתי-הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א 1981;

ונדחתה תביעתו של העמית לקבלת קצבה ממקור אחר, תותנה זכאותו של העמית לפנסיה נכות בכל אלה:

- העמית יודיע לחברה על דחיית תביעתו, מיד לכשנודע לו על כך;
- העמית יערער על דחיית תביעתו בפני הערכאה המוסמכת, אלא אם ניתנה לו בכתב הסכמת החברה שלא לערער על הדחיה.

הוכר העמית כזכאי לתשלומי קצבה ממקור אחר, תשולם לו פנסיה נכות בסכום השווה לגובה מבין אלו:

- ההפרש שבין ההכנסה הקובעת לנכות ושאיירים, ואם הוכר כנכה בעל דרגת נכות חלקית - ההכנסה כאמור כשהיא מוכפלת בדרגת הנכות שנקבעה לו, לבין בסיס הקצבה לקיוזו.

בסיס הקצבה לקיוזו - מכפלת שני אלה:

- א. סכום הקצבה ממקור אחר, ובמקרה של קצבת נכה נצרך לפי סעיף 7 לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט 1959 - סכום הקצבה שהיה משולם לו אילו קצבתו הייתה מחושבת לפי סעיף 5 לאותו חוק;
- ב. היחס שבין ההכנסה הקובעת לנכות ושאיירים לבין ההכנסה שלפיה חושבה הקצבה ממקור אחר, או 1, לפי הנמוך מבניהם;
2. שיעור של 25% מההכנסה הקובעת לנכות ושאיירים, ואם הוכר כנכה בעל דרגת נכות חלקית - ההכנסה כאמור כשהיא מוכפלת בדרגת הנכות שנקבעה לו.

לידיעתך - עד לקבלת הכרעת הגורם המשלם האחר בתביעת הנכות תשולם לך פנסיה נכות בשיעור 25% מההכנסה הקובעת לנכות ושאיירים, ואם הוכר כנכה בעל דרגת נכות חלקית - ההכנסה כאמור כשהיא מוכפלת בדרגת הנכות שנקבעה לו.

עמית זכאי לבקש לקבל מקדמה (שמשלימה לגובה פנסיה הנכות שלה היה זכאי אלמלא הקיוזו האמור לעיל) למשך התקופה הקצרה מבין 6 חודשים או 1/3 מתקופת הנכות שנקבעה בקרן. למען הסר ספק, לא ביקש העמית מקדמה, תשולם לו קצבה בשיעור של 25% מההכנסה הקובעת מוכפלת בדרגת הנכות. התקבלה החלטה בתביעת העמית לתשלום קצבה ממקור אחר (או בערעור שהוגש על החלטה שכזו) תיערך התחשבות כדלקמן:

1. אם סכום פנסיה הנכות ששולם עד לאותו המועד ע"י הקרן, בתוספת מקדמות ששולמו לעמית לבקשתו, ככל שביקש, נמוך מפנסיה הנכות שהייתה מגיעה לעמית בשל אותה התקופה על אף הזכאות לקבלת קצבה ממקור אחר - תשלם לו הקרן את אותם הפרשים כשהם צמודים למדד.

2. אם סכום פנסיה הנכות ששולם עד לאותו המועד ע"י הקרן, בתוספת מקדמות ששולמו לעמית לבקשתו, ככל שביקש, הסתברו כתשלומי יתר בהתחשב בזכאות העמית לקצבה מהמקור האחר - יקוּזו הסכומים ששולמו ביתר כאמור, בתוספת הצמדה למדד. החוב שייווצר ייגבה מפנסיה הנכות שהעמית זכאי לה, ובאם קיוזו זה לא יביא להחזר מלוא הסכום ששולם ביתר בתוספת הצמדה כאמור - תקוּזו היתרה מהסכום הצבור לזכות העמית, אלא אם בחר העמית לשלם את היתרה לקרן, וככל שאין די ביתרה, תפעל הקרן לגבות מהעמית את סכומי היתר באמצעים המשפטיים העומדים לרשותה.

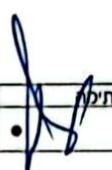
בהתאם לאמור לעיל, הנוני מצהיר בזאת כי:

- אני מתחייב להודיע לכם מיד על כל החלטה שתתקבל בעניין התביעה שאגיש לקבלת קצבה מגורם אחר או פסק דין שיינתן בתביעה שכזו.
- אני מתחייב שככל שיתברר בעתיד ששולמו לי כספים שאיני זכאי להם, אחזיר לקרן את הסכומים ששולמו לי ביתר.
- אני נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת לנכות מפנסיה הנכות המגיעה לי הלוואות, עיקולים או סכומים ששולמו לי ביתר כאמור לעיל.

אישור העמית

הריני מצהיר בזאת כי קראתי מסמך זה והבינתי את תוכנו, ואני מבקש ביחס למקדמה כדלקמן:

- ☐ מוותר על קבלת מקדמה, מעוניין לקבל פנסיה נכות בשיעור של 25% עד להעברת המסמכים
- ☐ מבקש לקבל מקדמה בתנאים שפורטו לעיל*

תאריך	ת.ז.	שם העמית	חתימה
28/7/2023	032400671	י.ו. 19-8	

*לא תשולם מקדמה במקרה בו נקבעה תקופת נכות רטרואקטיבית בלבד.

מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ

הנדון: כתב הצהרה והתחייבות במקרה של זכאות לקצבה ממקור אחר נדרש למלא וסומן בטופס התביעה שמדובר באירוע המקנה זכאות לקצבה ממקור אחר

בהתאם להוראות חוזר פנסיה שעניינו "קצבת נכות בקרן פנסיה במקרה של זכאות לקצבה ממקור אחר", ולהוראות סעיף 82, 83 לתקנון "מנורה מבטחים פנסיה", "מנורה מבטחים משלימה", בהתאמה (להלן - "הקרן"), אם נגרמה הנכות מאירוע המקנה לעמית זכאות לתשלום קצבה ממקור אחר, תותנה זכאות העמית לפנסיה נכות בכך שיתבע את התשלומים המגיעים לו כקצבה ממקור אחר לא יאוחר מ- 45 ימים מיום שהודיעה לו החברה כי הוא זכאי לכאורה לתשלום הקצבה ממקור אחר.

"קצבה ממקור אחר" הינה אחת מקצבאות הנכות האלו:

- קצבה המשתלמת לפי פרק ה' (תאונות עבודה או מחלת מקצוע) לחוק הביטוח הלאומי;
- קצבה המשתלמת לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט 1959;
- קצבה המשתלמת לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970;
- קצבה המשתלמת לפי חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א 1981;
- קצבה המשתלמת לפי חוק שירות בתי-הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א 1981;

נדחתה תביעתו של העמית לקבלת קצבה ממקור אחר, תותנה זכאותו של העמית לפנסיה נכות בכל אלה:

- העמית יודיע לחברה על דחיית תביעתו, מיד לכשנודע לו על כך;
- העמית יערער על דחיית תביעתו בפני הערכאה המוסמכת, אלא אם ניתנה לו בכתב הסכמת החברה שלא לערער על הדחיה.

הוכר העמית כזכאי לתשלומי קצבה ממקור אחר, תשולם לו פנסיה נכות בסכום השווה לגבוה מבין אלו:

- ההפרש שבין ההכנסה הקובעת לנכות ושאיירים, ואם הוכר כנכה בעל דרגת נכות חלקית - ההכנסה כאמור כשהיא מוכפלת בדרגת הנכות שנקבעה לו, לבין בסיס הקצבה לקיזוז.

בסיס הקצבה לקיזוז - מכפלת שני אלה:

- א. סכום הקצבה ממקור אחר, ובמקרה של קצבת נכה נצרך לפי סעיף 7 לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט 1959 - סכום הקצבה שהיה משולם לו אילו קצבתו הייתה מחושבת לפי סעיף 5 לאותו חוק;
 - ב. היחס שבין ההכנסה הקובעת לנכות ושאיירים לבין ההכנסה שלפיה חושבה הקצבה ממקור אחר, או 1, לפי הנמוך מבניהם;
2. שיעור של 25% מההכנסה הקובעת לנכות ושאיירים, ואם הוכר כנכה בעל דרגת נכות חלקית - ההכנסה כאמור כשהיא מוכפלת בדרגת הנכות שנקבעה לו.

לידיעתך - עד לקבלת הכרעת הגורם המשלם האחר בתביעת הנכות תשולם לך פנסיה נכות בשיעור 25% מההכנסה הקובעת לנכות ושאיירים, ואם הוכר כנכה בעל דרגת נכות חלקית - ההכנסה כאמור כשהיא מוכפלת בדרגת הנכות שנקבעה לו.

עמית זכאי לבקש לקבל מקדמה (שמשלימה לגובה פנסיה הנכות שלה היה זכאי אלמלא הקיזוז האמור לעיל) למשך התקופה הקצרה מבין 6 חודשים או 1/3 מתקופת הנכות שנקבעה בקרן. למען הסר ספק, לא ביקש העמית מקדמה, תשולם לו קצבה בשיעור של 25% מההכנסה הקובעת מוכפלת בדרגת הנכות. התקבלה החלטה בתביעת העמית לתשלום קצבה ממקור אחר (או בערעור שהוגש על החלטה שכזו) תיערך התחשבות כדלקמן:

- אם סכום פנסיה הנכות ששולם עד לאותו המועד ע"י הקרן, בתוספת מקדמות ששולמו לעמית לבקשתו, ככל שביקש, נמוך מפנסיה הנכות שהייתה מגיעה לעמית בשל אותה התקופה על אף הזכאות לקבלת קצבה ממקור אחר - תשלם לו הקרן את אותם הפרשים כשהם צמודים למדד.
- אם סכום פנסיה הנכות ששולם עד לאותו המועד ע"י הקרן, בתוספת מקדמות ששולמו לעמית לבקשתו, ככל שביקש, הסתברו כתשלומי יתר בהתחשב בזכאות העמית לקצבה מהמקור האחר - יקוזזו הסכומים ששולמו ביתר כאמור, בתוספת הצמדה למדד. החוב שיווצר ייגבה מפנסיה הנכות שהעמית זכאי לה, ובאם קיזוז זה לא יביא להחזר מלא הסכום ששולם ביתר בתוספת הצמדה כאמור - תקוזזו היתרה מהסכום הצבור לזכות העמית, אלא אם בחר העמית לשלם את היתרה לקרן, וככל שאין די ביתרה, תפעל הקרן לגבות מהעמית את סכומי היתר באמצעים המשפטיים העומדים לרשותה.

בהתאם לאמור לעיל, הנני מצהיר בזאת כי:

- אני מתחייב להודיע לכם מיד על כל החלטה שתתקבל בעניין התביעה שאגיש לקבלת קצבה מגורם אחר או פסק דין שיינתן בתביעה שכזו.
- אני מתחייב שככל שיתברר בעתיד ששולמו לי כספים שאיני זכאי להם, אחזיר לקרן את הסכומים ששולמו לי ביתר.
- אני נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת לנכות מפנסיה הנכות המגיעה לי הלוואות, עיקולים או סכומים ששולמו לי ביתר כאמור לעיל.

אישור העמית

הריני מצהיר בזאת כי קראתי מסמך זה והבינתי את תוכנו, ואני מבקש ביחס למקדמה כדלקמן:

□ מוותר על קבלת מקדמה, מעוניין לקבל פנסיה נכות בשיעור של 25% עד להעברת המסמכים
 □ מבקש לקבל מקדמה בתנאים שפורטו לעיל*

תאריך	ת.ז.	שם העמית	חתימה
27.12	4002017	מר ירון ג'ור	

*לא תשולם מקדמה במקרה בו נקבעה תקופת נכות רטרואקטיבית בלבד.

מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ

כרטיס עובד⁽¹⁾

סט/י / בריוע חטאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993
שנת המסטופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"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
מגורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ	ז'בוטינסקי 23 רמת גן	2000*	936300342

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

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
936300342	גל	דניאל	06/06/1975	-
מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)	כתובת פרטית	מספר	עיר/ישוב	מיקוד
	דניאל גל	17	שלמה	3784000
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
זכר	נשוי/אה	כן	כן	לא
נקבה	אלמנה	לא	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)

סמני / ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

בטור 2 אם את/ה מקבלת/בנינו קצבת ילדים מב"ל

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה
		דניאל גל		21.01.2012
		אלי גל		11.02.2014
		גל גל		28.07.2016
		ליל גל		2.09.2018

ה. פרטים על הכנסות אחרות - חובה למלא

☐ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה, מקצבה ומחלפה) ⁽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⁾	☐ 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⁾
--	--

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמני:

☐ 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 המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾

☐ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד 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
936300342	גל	דניאל	20.10.1983	-
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	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י $\sqrt{\text{ברibוע המתאים}}$)

י. הצהרה

דברי הסבר למילוי טופס 101

- נסרק עם CamScanner