

לכבוד

קרן גילעד

בית נח – בן גוריון 38 פינת ז'בוטינסקי 155

רמת גן 5257354

## בקשה לתשלום קצבת נכות

### 1. פרטי המבקש/ת

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

2. אני מבקש/ת לאשר לי תשלום קצבת נכות החל מיום \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### 3. פרטי בן/בת הזוג

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך נישואין	טלפון נייד

### 4. ילדי המבקש/ת עד גיל 22:

שם הילד	מס' ת.ז.	תאריך לידה	שם הילד	מס' ת.ז.	תאריך לידה

### 5. פרטי חשבון בנק

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

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

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).

נא למלא פרטים בתחתית כל עמוד

**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 או בפנסיה תקציבית**

7.1. נא צייני/י ב- X אם יש לך או היו לך זכויות פנסיה או כספים באחת מן הקרנות המפורטות להלן:

שם קרן הפנסיה	זכויות צבורות בקרן (אם כן, סמן X)	מתאריך	עד תאריך
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			

7.2. נא צייני/י אם עבדת אצל מעסיק שעל עובדיו חל הסדר פנסיה תקציבית (לדוגמה: רשות מקומית, משרדי ממשלה

וכד')  כן  לא

במידה והתשובה חיובית: פרטי את שם המעסיק: \_\_\_\_\_ ותקופת העבודה \_\_\_\_\_ וכן יש לצרף את הסכם רציפות הזכויות במידה וקיים.

**ידוע לי כי באי ציון זכויות הקיימות לי בקרן פנסיה אחרת, הריני מצהיר כי אין לי ולא היו לי זכויות שכאלה.**

8. תאריך הצטרפות לראשונה לעניין שנות וותק על פי סעיף 16 לתקנון הקרן - (סעיף זה רלוונטי למי שהצטרף ל"גילעד" לפני 4/1984 והתקופה שחלפה מחודש ההפקדה הראשון ל"גילעד" ועד תאריך היציאה לפנסיה קצרה מ-35 שנה). תאריך ההצטרפות לראשונה ייחשב לפי מועד תחילת עבודתי אצל המעסיק הראשון המופיע באישור תקופת ביטוח ומעסיקים מביטוח לאומי. בהעדר אישור זה או בהעדר הצהרתי כי מועד ההצטרפות לראשונה הינו שונה, תחשיב הפנסיה יהיה לפי 2% לשנה (לחבר תקופת הביניים אשר הצטרף בחודשים 1-3/1995 לפי 1.6% לשנה).

## 9. מיצוי ימי מחלה (רלוונטי למבוטח שכיר בלבד)

תאריך סיום מיצוי ימי המחלה - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 יש לצרף אישור מהמעסיק האחרון לגבי מועד מיצוי ימי המחלה או להחתימו על סעיף זה.

חתימת המעסיק:

שם החותם	תפקיד	תאריך	חותמת וחתימה
----------	-------	-------	--------------

## 10. סיבת הנכות

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.  
 כל עוד לא ניתן פסק דין בתביעה שהגשתי נגד הצד השלישי, אהיה רשאי לקבל, בכפוף לתנאים הקבועים בתקנון, הלוואה מהקרן.

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"/> אירוע שמזכה בפיצויים לפי פקודת הנזיקין (כגון נזק שנגרם בשל רשלנות של אדם או בשל תקיפה) |  |
- פרט: \_\_\_\_\_

ב. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:  
 הגשתי/אגיש תביעה לקבלת פיצוי/קצבה, מגוף אחר מלבד הקרן:

כן.

לא.

במידה והתשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט כדלקמן:

זהות הגוף אליו הגשתי / אגיש תביעה \_\_\_\_\_

התביעה הוגשה / תוגש באמצעות עו"ד \_\_\_\_\_

שכתובתו \_\_\_\_\_

ג. אני מתחייב/בת 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.

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

11. 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.

12. 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.

13. **הצהרת המבוטח:**

ידוע לי כי:

א. אם תאושר לי נכות חלקית ולא אמשיך לשלם לקרן דמי גמולים בשל חלק המשרה האחר שבגיני 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. ניתן להגיש ערר על החלטת רופא הקרן תוך 60 יום מיום שהומצאה לי ההודעה על ההחלטה. ערר ניתן להגיש לוועדה רפואית לעררים.

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

ה. על פי תקנון הקרן, אם תהיה לי הכנסה מעבודה העולה על "ההפרש המותר", תהיה הקרן זכאית לקזז מקצבת הנכות שלי מחצית מכל הכנסה העולה על "ההפרש המותר".

לעניין סעיף זה "ההפרש המותר" 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.  
בנוסף, אחת לשנה, אחת על "הצהרה על הכנסות נוספות" ואצרך טופס רציפות ביטוח מהמוסד לביטוח לאומי (לעצמאי- שומה עצמית לשנת המס האחרונה), כמתחייב על פי חוזר מעקב אחר מקבלי פנסית נכות בקרנות הפנסיה.

ו. אם אהיה זכאית לקבל קצבת נכות, הקרן תהיה רשאית לזמן אותי לבדיקה רפואית אצל רופא הקרן בכל עת, ולשנות מהחלטותיה במידת הצורך.

ז. 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.

ח. ידוע לי שבהעדר הוראה אחרת מפורשת מצדי ובכתב – הקרן תהיה רשאית להעביר לידיעת מעסיקי האחרון פרטים אודות שיעור הקצבה שנקבעה לי ותקופתה.

נא למלא פרטים בתחתית כל עמוד

14. 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.

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

16. 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, תהיינה 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 מתחייבת/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 עליי 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 מבטח לא פעיל דבר אשר יש בו בכדי להשפיע על הכיסוי הביטוחי שלי לרבות ביחס לצבירת תקופת אכשרה חדשה לקצבת נכות.

שם המבוטח/ת \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח/ת \_\_\_\_\_

## 17. ויתור סודיות:

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_, נותן בזה רשות לעובד רפואי או למוסד רפואי או שיקומי או לקופת חולים או לצבא ההגנה לישראל או למשרד הביטחון או למשרד הבריאות או למשרד הרווחה או למוסד לביטוח לאומי או לכל מי שבידיו מידע, כולם יחד או כל אחד מהם לחוד (להלן - מחזיקי המידע), למסור לקרן הפנסיה גילעד הותיקה 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 בן 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 בדבר הלקויות וההגבלות הנזכרות 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.

שם המבוטח/ת \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח/ת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_