

**הנחיות להגשת בקשה לקבלת פנסיה נכות - הפניקס פנסיה בע"מ**

עמית יקר,

לנוחיותך, אוגדן מסמכים שמרכז את המידע הנדרש לשם הגשת תביעה ומקל עליך את הגשתה.  
 בכדי שנוכל לטפל בפנייתך בהקדם האפשרי, יש לצרף לבקשה את המסמכים הבאים:

1. טופס בקשה לקבלת פנסיה נכות (טופס זה).
2. צילום תעודת זהויה של המבוטח כולל ספח פתוח.
3. צילום צ'ק/ אסמכתא בנקאית הכוללת את פרטי החשבון ותעודת הזהות של המבוטח.
4. טופס 101 / אישור פקיד שומה, **שים לב - במקרים בהם לא יועבר טופס 101 / אישור פקיד שומה ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה כמתחייב בחוק.**
5. אישורים על שכר או תקופת עבודה - 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות האירוע ואישור מעסיק. במקרה של עזיבת עבודה, מסמכי עזיבת עבודה, במקרה של שינוי באחוזי המשרה, אישור המעסיק על השינוי באחוזי המשרה.
6. אישורי מחלה לתקופה רציפה של 90 ימים לפחות.
7. מסמכים רפואיים, חוות דעת מרופא משפחה ומרופאים מומחים, סיכומי מחלה מבתי חולים וכל חומר רלבנטי נוסף.
8. במקרה של תאונת עבודה עליך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי ולהמציא לקרן את כל מסמכי התביעה כולל דמי הפגיעה בהם מפורט השכר הרבע שנתי על פיו חושבה הגמלה וכן אחוזי הנכות שקבע לך המוסד לביטוח לאומי.
9. במקרה של תאונת דרכים יש להמציא לקרן אישורים ממוסדות ממשלתיים.

\* עבור פנסיה משלימה טופס 101 נמצא באתר האינטרנט של קרן הפנסיה שכתובתו: [www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il)

עם המצאת מלוא המידע והמסמכים כשהם מלאים וחתומים כנדרש, תועבר התביעה להמשך טיפול על ידי מחלקת תביעות פנסיה. אי המצאת מלוא המידע והמסמכים הנדרשים עשויה לעכב את הטיפול בתביעה ואף להביא להפסקת הטיפול בה ולסגירתה.

את המסמכים ניתן להעביר בכל אחת מהדרכים הבאות:

כתובת הדואר האלקטרוני: [Tpensya@fnx.co.il](mailto:Tpensya@fnx.co.il)

פקס תביעות פנסיה שמספרו: 03-7337942

בדואר לכתובת:

הפניקס פנסיה בע"מ

מחלקת תביעות פנסיה

לתשומת לבך, את מערכת הכללים לחוזר בירור ויישוב תביעות ניתן למצוא באתר האינטרנט של קרן הפנסיה

בכתובת: [www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il)

בברכה,

מחלקת תביעות פנסיה

הפניקס פנסיה

## בקשה לקבלת פנסיה נכות - הפניקס פנסיה בע"מ

לתשומת לבך חובה לצרף את המסמכים הבאים:

1. טופס בקשה לקבלת פנסיה נכות (טופס זה).
2. צילום תעודת זהויו של המבוטח כולל ספח פתוח.
3. צילום צ'ק/ אסמכתא בנקאית הכוללת את פרטי החשבון ותעודת הזהות של המבוטח.
4. טופס 101 / אישור פקיד שומה, **שים לב - במקרים בהם לא יועבר טופס 101 / אישור פקיד שומה ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה כמתחייב בחוק.**
5. אישורים על שכר או תקופת עבודה - 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות האירוע ואישור מעסיק. במקרה של עזיבת עבודה, מסמכי עזיבת עבודה, במקרה של שינוי באחוזי המשרה, אישור המעסיק על השינוי באחוזי המשרה.
6. אישורי מחלה לתקופה רציפה של 90 ימים לפחות.
7. מסמכים רפואיים, חוות דעת מרופא משפחה ומרופאים מומחים, סיכומי מחלה מבתי חולים וכל חומר רלבנטי נוסף.
8. במקרה של תאונת עבודה עליך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי ולהמציא לקרן את כל מסמכי התביעה כולל דמי הפגיעה בהם מפורט השכר הרבע שנתי על פיו חושבה הגמלה וכן אחוזי הנכות שקבע לך המוסד לביטוח לאומי.
9. במקרה של תאונת דרכים יש להמציא לקרן אישורים ממוסדות ממשלתיים.

\* עבור פנסיה משלימה טופס 101 נמצא באתר האינטרנט של קרן הפנסיה שכתובתו: [www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il)

## בקשה לקבלת פנסיה נכות - הפניקס פנסיה בע"מ

יועץ פנסיוני/סוכנות/מפקח	שם היועץ/הסוכן	מס' סוכן	מספר מעסיק	חותמת תאריך קבלת הטופס
--------------------------	----------------	----------	------------	------------------------

### פרטים אישיים של המבוטח

<input type="radio"/> הפניקס פנסיה מקיפה <input type="radio"/> הפניקס פנסיה משלימה * בהיעדר סימון, יראו בבקשת תשלום פנסיה נכות כמתייחסת לשתי קרנות הפנסיה.				
שם משפחה	שם פרטי	שם הקרן		
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן	ת.ז.	שם הקרן	
מין	מצב משפחתי	קופת חולים	טלפון	נייד
כתובת (רחוב)				
מס'	יישוב	מיקוד	ת.ד.	טלפון

### פרטי התקשרות

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: בדואר ישראל או בדואר אלקטרוני. נא הודיענו מהו אמצעי ההתקשרות המועדף עלייך. לתשומת לבך, לצורך קבלת הודעות ומסמכים באמצעות דואר אלקטרוני יש להעביר לחברתנו מספר טלפון נייד בצירוף לכתובת הדואר האלקטרוני. בהיעדר קבלת עדכון בחברתנו על אמצעי ההתקשרות המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך באמצעות דואר ישראל. בחירה במשלוח הודעות באמצעות דוא"ל יסייע לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

- כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
- לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד. מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_ לקבלת קוד כניסה לדוא"ל.
- דואר ישראל לכתובת \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_
- אבקש כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות פנסיה עתידיות.

### פרטי המעסיק

שם המעסיק	כתובת המעסיק	טלפון	עיסוק נוכחי
-----------	--------------	-------	-------------

האם חזרת לעבודה?  כן  לא \* שים לב יש לצרף אישור המעסיק על חזרה לעבודה/היקף משרה או מסמכי עזיבת עבודה במקרה של סיום יחסי עובד מעסיק

במשרה מלאה מתאריך	במשרה חלקית מתאריך	היקף משרה
-------------------	--------------------	-----------

**פרטי האירוע מחלה/תאונת עבודה \* שים לב, חובה למלא סעיף זה**

<input type="radio"/> תאונה עבודה	<input type="radio"/> מחלת מקצוע	<input type="radio"/> רפואי/מחלה	<input type="radio"/> שמירת הריון
הוגשה תביעה לביטוח לאומי <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		תאריך אבדן כושר העבודה / פריצת המחלה/תאונה	
תאריך הפסקת עבודה			

תאור קצר של נסיבות הפגיעה / מחלה:

בקבלת פנסיה נכות עקב שמירת הריון קיימת אפשרות כי הביטוח הלאומי יבצע קיזוז מהסכומים ששילם או ישלם בגין תקופת שמירת ההריון.

**זימון לוועדה רפואית (בהעדר סימון המבוטח לא יזומן לוועדה הרפואית)**

הנני מעוניין להיות נוכח בוועדה הרפואית

הנני מעוניין כי הוועדה הרפואית תתקיים ללא נוכחותי, על בסיס המסמכים הרפואיים שבידי הוועדה.

**בדיקת זכאות לקצבה ממקור אחר**

נא סמן האם הנך זכאי לקבל קצבה מגורם אחר, יש לסמן את הגורם המתאים. אם אינך זכאי לקבלת קצבה ממקור אחר אנו סמן את בסעיף המתאים.

פרק ה' (תאונת עבודה) לחוק הביטוח הלאומי, התשנ"ה-1995.

"חוק הנכים" - חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט - 1959.

חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התשל"ז-1970.

חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א-1981.

חוק שירות בתי-הסוהר(נכים ונספים), התשמ"א-1981.

איני זכאי לקצבה ממקור אחר כמפורט לעיל.

ככל שתשובתך חיובית והוגשה תביעה ל"מקור אחר", יש לצרף את מסמכי ההחלטה ואת פירוט התשלומים ששולמו לך, כחלק בלתי נפרד ממסמכי הבקשה לפנסיה נכות.

במידה וטרם התקבלה ההחלטה בעניינך על ידי הגורם האחר כאמור, יש לצרף אישור רשמי על הגשת תביעה מהגורם אליו הוגשה התביעה. בהתאם להוראות הדין, ככל שלא תוגש תביעה ל"מקור אחר" תשולם לך קצבה בגובה של 25% מההכנסה הקובעת אשר תוכפל בשיעור הנכות שתקבע לך על ידי הוועדה הרפואית.

**בקשה לקבלת תשלום מקדמה**

במקרה של הגשת תביעה לקבלת קצבה מ"מקור אחר" וטרם נתקבלה החלטה בניגה, באפשרותך לקבל מקדמה בהתאם להוראות חוזר פנסיה שספספר 1-3-2015.

ידוע חי שככל שאהיה זכאי לקבל קצבה "ממקור אחר" וסכום המקדמות שישולם לי מהקרן עולה על הסכום לו אני זכאי בהתחשב בקצבה "ממקור אחר" תהיה הקרן זכאית לגבות את הכספים ששולמו לי ביתר (בתוספת הפרשי הצמדה למדד)מהקצבאות העתידיות שישולמו לי או מיתרתי הצבורה בקרן.

**הנני מעוניין לקבל מקדמה**

<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם המבוטח	ת.ז.	חתימת המבוטח

**הגנת פרטיות**

א. אני מאשר כי המידע שמולא ונימסר על ידי בטופס זה או שימסר בעתיד על ידי בהקשר למילוי או להשלמת טופס זה, נימסר מרצוני החופשי ובהסכמתי המלאה.

ב. ידוע לי כי המידע יאגרו וישמר בכפוף לחוק הגנת הפרטיות, במאגרי המידע של הפניקס פנסיה ו/או הפניקס חברה לביטוח ו/או חברות אחרות של הקבוצה, לפי הצורך והעניין.

ג. ידוע לי כי המידע ישמש לצורך תיפעול, ניהול, טיפול ושירות בנושא התביעה שהוגשה על ידי.

ד. אני מאשר לבצע במידע עיבודים סטטיסטיים או פילוחים לפי הצורך ובכפוף למטרות המאגר.

ה. אני מאשר לבצע בדיקה במאגרי מידע אחרים בחברה או בקבוצה לצורך בדיקת זכויותי בקשר לתביעה שהוגשה.

ו. אני מאשר העברת מידע אודותי לגורמים אחרים, רק בכפוף לחובות השונות על פי דין.

<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם המבוטח	ת.ז.	חתימת המבוטח

**הוראה לתשלום**

אבקש להפקיד את הסכום פנסיה הנכות ב:

שם הבנק	סניף	חשבון	שם בעל החשבון
---------	------	-------	---------------

שים לב! יש לצרף הוראה בלתי חוזרת

הצהרות המבוטח

1. הריני מצהיר כי כל הנתונים והפרטים שמסרתי מלאים ונכונים.
2. ידוע לי כי זכויותי נקבעות על פי התקנון, וכי אם אוכר כזכאי לפנסיה נכות לא אוכל למשוך את מרכיב התגמולים למשך תקופת הנכות, ולרבות במקרה שפנסיה הנכות תשולם לי עד לגיל המוקדם בשנתיים מגיל הזכאות לפנסיה זקנה.
3. ידוע לי כי אם יתברר שהפרטים שמסרתי כולם או חלקם אינם מלאים או נכונים תהיה החברה רשאית לבטל את זכויותי לפנסיה, לרבות קיזוז הסכומים ששלמה לי מהסכומים העומדים לזכותי בקרן.
4. הריני מתחייב לדווח לכם על הכנסותי מעבודה לרבות תשלומים ותשלומים שאקבל מחברות ביטוח, קרנות פנסיה וכו'.
5. ככל שהאירוע הביטוחי ייחשב כתאונת עבודה על-פי הגדרתה בחוק הביטוח הלאומי, אזי הסכומים שישולמו לי בגין התאונה מהמוסד לביטוח לאומי ינוכו מסכומי פנסיה הנכות, וככל שהסכומים מהביטוח הלאומי יעלו על תקרת ההכנסה הקובעת לנכות ושארים, ייתכן ולא אהיה זכאי לסכומים כלשהם כפנסית נכות.
6. הריני מתחייב להמציא לפניקס כל מסמך, טופס, בקשה, החלטה, תעוד רפואי, מכתב, וכו' שאמסור או אקבל מהמוסד לביטוח לאומי ולרבות פירוט כספים ותשלומים שקיבלתי או אקבל מהמוסד לביטוח לאומי בקשר עם אובדן כושר עבודתי.
7. הריני מתחייב כי ככל שאקבל כספים מקרן הפנסיה ולאחר מכן יתברר כי סכומי הפנסיה אותם קיבלתי היו גבוהים מאלה שהייתי אמור לקבל, לרבות עקב הכרת המוסד לביטוח לאומי בתאונת עבודה, אשיב את הכספים ששולמו ביתר לידי הפניקס בתוספת הצמדה וריבית כחוק מיד עם דרישתה הראשונה. הנני מסכים כי לפניקס תעמוד הזכות לקזז כל סכום בהקשר זה מכל סכום או זכות שתגיע לי או למי מטעמי.
8. ככל שתדחה בקשתי בנוגע לתביעת התשלומים המגיעים לי לפי הוראות חוק הביטוח הלאומי מן המוסד לביטוח לאומי, הריני מתחייב לערער בנוגע לדחיית תביעתי בפני הערכאה המוסמכת, ו/או להעניק לפניקס את זכות התחלוף לפיה הפניקס תהא רשאית לערער בשמי בפני הערכאה המוסמכת, והסכמתי כאמור תהווה הוראה בלתי חוזרת לניכוי הסכומים כאמור.
9. הריני מתחייב להודיע לכם מיד על כל החלטה שתתקבל בעניין התביעה שאגיש נגד המוסד לביטוח לאומי או פסק דין שיינתן בתביעה כאמור.
10. ידוע לי כי ככל שאהיה זכאי לפנסיה נכות הנמוכה מפנסיה המינימום כמוגדר בתקנון (פנסיה בגובה 5% מהשכר הממוצע במשק), יגבו דמי ניהול בשיעור של 6% מההפרש שבין פנסיה המינימום לבין הפנסיה המשולמת בפועל (ברוטו).

X					
חתימת המבוטח	שם המבוטח	תאריך			

דמי גמולים - שמירה על כיסוי ביטוחי

לידיעתך חשוב לשמור על רצף ביטוחי בקרן פנסיה על מנת להבטיח המשך כיסוי ביטוחי ולבדוק אם נדרש להשלים דמי גמולים ולהשלים במיוחד אם תקבע נכות חלקית בשיעור של פחות מ - 75% וזאת כדי שלא יפגעו משמעותית הכיסוי הביטוחי שלך לנכות (אובדן כושר עבודה) ולשארים במקרה של פטירה (ח"ח) ויפגע בהמשך הצבירה הפנסיונית שלך לפנסיה זקנה. לברורים בנושא ניתן לפנות למוקד שרות לקוחות \*3455.

**הסבר למילוי טופס 101**

הסבר למילוי דף מס' 1		
כותרת	שנת מס	ציין את שנת המס הנוכחית
סעיף א'	פרטי המעביד	יש למלא סעיף את פרטי הפניקס כמעסיק במידה והטופס לא הודפס מאתר הפניקס בע"מ
סעיף ב'	פרטי העובד	יש למלא את כל הפרטים האישיים
סעיף ג'	פרטים על ילדים	יש למלא את פרטי הילדים על גיל 19
סעיף ד'	פרטים על הכנסות ממעביד זה	יש למלא בסעיף זה "קצבה"
סעיף ה'	פרטים על הכנסות אחרות	יש לסמן האם יש לך הכנסות נוספות שאינן קצבת נכות מביטוח לאומי.
סעיף ו'	פרטים על בן/בת הזוג	יש למלא את הפרטים האישיים של בן/בת הזוג
סעיף ז'	שינויים במהלך השנה	יש למלא במידה והיו שינויים וכן לציין את תאריך השינוי

הסבר למילוי דף מס' 2		
סעיף ח'	סיבות לפטור או זיכוי	יש לסמן את הסעיפים הרלבנטיים
סעיף ט'	בקשה לתיאום מס	יש לצרף אישור תיאום מס מפקיד שומה
סעיף י'	הצהרה	יש לחתום ולציין תאריך

\*שים לב, תיאום מס יתבצע עם קבלת תלוש שכר ראשון מקרן הפנסיה. לצורך ביצוע תיאום המס יש לפנות לפקיד שומה על פי כתובת מגורך.

**ויתור על סודיות רפואית וכללית**

← חלק א'

**פרטי המבוטח**

שם האב		ת.ז.		שם פרטי		שם משפחה	
טלפון		מיקוד		מס'		כתובת (רחוב)	

הנני החתום מטה נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאים, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון - השתלשלות פרופיל ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין - למשרד הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי-חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביח' גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור להפניקס פנסיה בע"מ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב.

כמו כן אני נותן לרשות כל אחת מחברות הביטוח ו/או חברות מנהלות של קרנות הפנסיה למסור כל מידע רפואי, מידע המתייחס לביטוחים ו/או לכיסויים ביטוחיים ולרבות החלטות רפואיות, פרוטוקולים של ועדות רפואיות וחוות דעת מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק וסכומים להם אני זכאי מהחברות האמורות בגין תביעותי ותקופת נכות שנקבעו בגין מצב הרפואי.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות חולים ו/או כל רופא מרופיאהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביח' גהה ו/או למרפאות בריאות הנפש ו/או למשרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיאטרים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם וישלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או מרופיאהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני שירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת המידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופיאהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו בחלק ב' שלהלן:

X	תאריך
חתימת המבוטח / שאיר	

← חלק ב'

שם קופ"ח		שם קופ"ח קודמת	
נותני השירותים שיפורטו להלן:			
רופאים	.1	.2	
	.3	.4	
מכונים	.1	.2	
	.3	.4	

← **עד לחתימה (עו"ד/רופא/סוכן ביטוח) - חובה למלא סעיף זה ולהחתימו על ידי העד לחתימה**

שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.		תאריך	
X							
מס' רישיון למילוי על ידי הגורם שחותם				חתימה וחתימת (כולל מס' רישיון)			