

מספר זהות	שם העמית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

טוב שיש מגדל מאחוריך  
www.migdal.co.il



מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

## דף הנחיות לטופס 467 הגשת בקשה - תשלום פנסיית נכות (אובדן כושר עבודה)

עמית נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בבקשתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן.  
אם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בבקשתך, יש למלא או לחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס הבקשה.

1. **פרטי העמית המבקש** - למילוי בידי העמית

2. **נספח א'** - נועד למילוי בידי העמית - יש למלא את פרטיו האישיים של העמית מבקש פנסיית הנכות ואת השאלון המצורף.

3. **נספח ב'** - נועד למילוי בידי הרופא המטפל.

4. **מסמכים שיש לצרף לבקשה**

- תצלום תעודת הזהות של העמית ושל בן/בת הזוג כולל הספח.
- טופס "הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי פנסיה" חתום על ידי בעל החשבון / חתום על ידי הבנק.
- בתביעה בסכום שעד 10,000 ש"ח לחודש - תצלום המחאה מבוטלת.
- בתביעה בסכום מעל 10,000 ש"ח לחודש - המחאה מקורית מבוטלת.
- טופס הצהרה בבקשת פנסיית נכות (נספח א' לטופס).
- טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק) (מצ"ב).
- אם הינך שכיר, יש לצרף אישור מהמעסיק על היקף המשרה ותאריך הפסקת העבודה.
- סיכום מחלה מרופא מטפל המעיד על תחילת המחלה / התאונה בגינה מוגשת הבקשה.
- סיכום אשפוז, מסמכים רפואיים וכן פרוטוקול הועדה של המוסד לביטוח לאומי באם הוגשה תביעה.
- אישורים על חופשת מחלה מרופא מומחה המטפל לתקופה רצופה.
- טופס 101 של מס הכנסה - הצהרה על הכנסות אחרות (מצ"ב). להלן הסבר תמציתי בנוגע למילוי הטופס:

מהו טופס 101?

בהתאם לתקנות מס הכנסה ומס מעסיקים חייב כל מקבל קצבה למלא טופס 101 בעת תחילת קבלת קצבה וכן בתחילת כל שנת מס.  
בטופס זה נרשמים פרטיך האישיים ופרטים בדבר הכנסות נוספות המשפיעים על חישוב המס.

**תשומת ליבך לחובת המילוי בחלק ה' - "פרטים על הכנסות אחרות":**

1. במידה והנך מצהיר בטופס 101 כי אין לך הכנסות נוספות, ניכוי המס יחושב ע"פ מדרגות מס רגילות בקיזוז הזיכויים השונים (נקודות זיכוי וכו').
2. במידה והנך מצהיר כי יש לך הכנסה נוספת, יש לצרף אישור תאום מס, בהעדר אישור תיאום מס ינוכה מס מרבי.

**לתשומת ליבך! קיימת חשיבות רבה למילוי טופס זה, לצורך חישוב גובה הקצבה החודשית.  
במידה ולא יועבר הטופס במועד - ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה החודשית.**

● אחר

**קבלת תשלום מהמוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון:**

במקרה בו הנכות נגרמה מפגיעה בעבודה כמוגדר בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה 1995, או מאירוע המזכה בגמלה בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט 1959 [נוסח משולב], או מפעולות איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה תשל"ל 1970, יש לצרף:

1. מסמכים שהוגשו למוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון.
2. אישורים על תשלומי גמלה או תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון.

**ניתן להעביר את טופס הבקשה והמסמכים הרלוונטים למייל: [makefetclaim@migdal.co.il](mailto:makefetclaim@migdal.co.il) / פקס מס' 076-8869264 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות פנסיה.**

**יש לחתום בתחתית הטופס ולהוסיף את תאריך החתימה.**

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה  
בברכה,  
תביעות פנסיה

מידע נוסף ניתן למצוא באתר [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il), אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201010

כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, ת.ד. 3778 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106



0162346701060715

עמוד מספר 1 מתוך 6 דפים

קוד מסמך 623 | לשימוש פנימי - סמן X:  חב 1  חב 7





שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

### הגשת בקשה - תשלום פנסיית נכות (אובדן כושר עבודה)

טופס מספר 467

אני מבקש בזאת, בכפוף לתקנון הקרן וליתרת הזכויות הרשומה על שמי, לקבל פנסיית נכות החל מתאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ בהתאם לנתונים המפורטים  
בבקשה זו ולמסמכים המצורפים.  
האמור בכל ההסברים שבטופס, כפוף לתקנון קרן הפנסיה של מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, והאמור בתקנון הוא הקובע.

**נסיבות הבקשה:**  
מחלה  תאונה:   
שמירת הריון  תאונה אישית  תאונת עבודה  מחלת מקצוע  תאונת דרכים  תאונת דרכים/עבודה  אחר

א. פרטי העמית המבקש						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מין	
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
מצב משפחתי		מספר טלפון	מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
<input type="checkbox"/> ג	<input type="checkbox"/> א	<input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/> א			
עובד חברה		ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
<input type="checkbox"/> ק	<input type="checkbox"/> לא					מיקוד

### ב. הצהרות העמית

- אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים, מדויקים ושלמים ואני אחראי לאמיתותם ואני מתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי הנהלת הקרן תהיה רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ואו בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ואו אישורים ואו פרטים נוספים כתנאי לתשלום או להמשך תשלום פנסיה ואו אחר.
- ידוע לי כי לאחר התחלת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי.
- אני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות פרטים, שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי כי אם יתברר בעתיד שבטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אזי תהיה הקרן רשאית לבצע תיקונים ואו התאמות נדרשות וכן לקזז התשלום מתשלום הפנסיה ואו מכל סכום שיעמוד לי, לשאיירי ואו למוטביו ואו ליורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, על-פי כל דין.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשאיירי ואו למוטביו ואו ליורשיי, כל חוב שלי ואו של הרשומים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו על-ידי הקרן.
- ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה ואו אחר המגיע לי ואו לשאיירי ואו למוטביו ואו ליורשיי, את מלוא המיסים ואו ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ואו המוטלים על העמית ואו שאיריו ואו מוטביו ואו יורשיי בנין תשלום של הקרן אליהם.
- אני מתחייב בזאת להודיע למגדל מקפת מיידית על כל שיפור שיחול במצב בריאותי אשר יאפשר חזרתי לעבודה מלאה או חלקית באופן השונה מהמצב הרפואי על-פיו אושרה לי הפנסיה.

תאריך

חתימת העמית ★

### ג. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לבקשה זו ובכלל זאת להגיש למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ולקבל ממגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ את כל ההתכתבויות ואו המידע ואו המסמכים הקשורים לבקשה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לבקשה זו בלבד.

תאריך

שם פרטי ומשפחה

חתימת העמית ★

### ד. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוון החוק ואו תכניות הפנסיה שבניהול מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ("החברה"), נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר לעמית ואו לזכאים אחרים מידע ואו מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ואו המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שגורשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך

שם פרטי ומשפחה

מס' זהות

חתימת העמית ★



שם	מספר זהות
מספר תכנית	



**מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ**

**נספח א' - למילוי בידי העמית**

**שאלון לעמית מבקש פנסייית הנכות**

הנך מתבקש לענות בכתב על כל השאלות שלהלן:

1. מועד הפסקת העבודה כתוצאה מהתאונה או המחלה (גם אם שולמו ימי מחלה מאותו מועד) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

2. האם שינית מקצוע או משלחיד מאז הצטרפותך לקרן הפנסיה, אם כן, נא מסור פרטים על השינוי: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. האם הנכות נגרמה כתוצאה מתאונה או מחלה? פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. פרט את מהלך הסיבות והתוצאות של התאונה / המחלה. במקרה של תאונה - האם מדובר בתאונת עבודה? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. במקרה של תאונה, מתי קרתה? במקרה של מחלה - מתי הופיעו לראשונה סימנים למחלה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. מי הם הרופאים והמוסדות הרפואיים שמהם קיבלת טיפול בקשר לנכות זו? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. מסור פרטים מדויקים על עיסוקך ותפקידך בעבודתך ערב קרות אירוע הנכות:

7.1 עיסוקך ותפקידך \_\_\_\_\_

7.2 מספר שנים בהן היית בעיסוקך / תפקידך הנ"ל \_\_\_\_\_

8. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרות אירוע הנכות ואם כן מתי? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. פרט השכלה, הכשרות תעסוקתית, לימודים ועוד: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. האם הנך מסוגל לעבודה כלשהי? אם כן איזו? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. האם הנך עובד כעת בעבודה כלשהי למען שכר או תגמול? אם כן מהי ומה הכנסתך החודשית? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. האם הנך נוהג ובעל רישיון בתוקף? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת העמית ★

(07.2015)



מספר זהות	שם
_____	_____
מספר תכנית	מספר טלפון נייד
_____	_____



הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי פנסיה

לכבוד

שם הבנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

### פרטי חשבון הבנק לתשלום הפנסיה

מספר חשבון בנק	שם בעלי החשבון	שם בנק	שם סניף	מספר סניף
_____	_____	_____	_____	_____

נכבדי,

הואיל ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ משלמת / תשלם לי מידי חודש בחודשו פנסיה חודשית, אשר נזקפת / תיזקף עלייכם, לפי בקשתי, לזכות חשבוני אצלכם, אני נותן לכם בזה, לפי בקשת הקרן, הוראה מוחלטת ובלתי חוזרת, להחזיר לקרן לפי דרישתה הראשונה כל סכום שיועבר עלייך לחשבוני שלא כדון ומבלי שהיתה לי זכות לסכום זה, בהתאם לקביעת הקרן ומבלי שייפגעו זכויותי כאמור להלן, וזאת כל עוד מצב חשבוני יאפשר לי זאת ואו לא תהיה כל מניעה חוקית לביצוע הוראתי זו.

ידוע לי שאוכל להורות לבן משפחה לפעול מטעמי בחשבון לאחר תיאום הנושא עם הקרן.

הוראותי הנ"ל אינן ניתנות לכל שינוי או לביטול בלי הסכמת הקרן מראש ובכתב, והן יישארו בתוקפן גם אחרי שזכותי לפנסיה תפוג לחלוטין.

למען הסר ספק, ומבלי לגרוע בהחלטיות הוראותי הנ"ל, מוצהר בזה שאין לראות בהוראה זו שום ויתור או מחילה על זכות כלשהי המגיעה לי /ואו לזכאים מכוח זכותי על-פי תקנון הקרן, וכי הוראה זו ניתנת כדי לאפשר לקרן להחזיר לעצמה כספים ששילמה לי מבלי שהייתי זכאי להם על-פי תקנונה, בהתאם לקביעתה וזאת מבלי לגרוע מזכותה לפעול בכל הליך אחר להשבת סכומים ששולמו עלייך בטר.

הוראתי זו כוחה יפה רק לגבי כספים שהועברו לחשבוני עלייך הקרן, ובשום מקרה אין לנהוג לפיה לגבי סכום גבוה יותר מסך הסכומים שהועברו עלייך הקרן.

חתימת  
העמית ★

תאריך

לצורך תשלום לחשבון הבנק הנ"ל יש לצרף המחאה מבוטלת או להחתים את הבנק על האישור מטה

## אישור הבנק

נא לחתום על המקור וההעתק ולהחזירם לקרן

מספר  
זהות

מתנהל  
על-שם  
העמית

אנו מאשרים כי  
החשבון שמספרו

חתימה  
הסניף ★

תאריך

(07.2015)





שם הסוכן	מספר הרישוי
שם המפקח	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

## ויתור על סודיות רפואית וכללית

### א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי				שם משפחה		מספר זהות
מספר טלפון	מיקוד	ת"ד	מס' דירה	מס' בית	רחוב	יישוב	

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת החולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או בתי חולים כלליים ו/או פסיכאטרים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או חברות ביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובדיהם ו/או מי מטעמם (להלן "המוסדות") למסור למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמם ו/או לבאי כוחן (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש ע"י המבקש המצויים בידי המוסדות, על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שאחלה / שחליתי / שאני חולה בה, ואני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד

#### שמות נותני השירותים

רופאים	1.	2.	3.	4.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.	4.

#### שם קופ"ח קודמת

--

### ב. חתימת אפוטרופוס - במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

### ג. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד ★

### ד. חתימת העמית

תאריך	מספר זהות	חתימת התובע ★



שם הסוכן	מספר הרישוי
שם המפקח	מספר תכנית



מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

## נספח ב - שאלון לרופא

### למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימלא על ידי רופא מקצועי המטפל בעמית, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית העמית, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

#### א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה

שם משפחה	שם פרטי	התמחות		מספר טלפון במרפאה	מספר טלפון נייד
ישוב	רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
					מספר פקס

#### ב. פרטי העמית

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

#### ג. פרטים על מצבו הבריאותי של העמית

1. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות מהן סובל העמית: \_\_\_\_\_

2. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות בעקבותיהן מצוי העמית באובדן כושר העבודה: \_\_\_\_\_

3. התלונות / הסימנים לבעיות רפואיות אלו החלו בתאריך: \_\_\_\_\_

4. נא פרט היסטוריה רפואית / בדיקות רפואיות הקשורות לבעיה הנוכחית: \_\_\_\_\_

5. מצבו הבריאותי הנוכחי של העמית:  החלים  הורע  ללא שינוי, נא פרט: \_\_\_\_\_

#### ד. פרטים על כושר עבודתו של העמית

1. העמית נמצא באובדן כושר עבודה מתאריך \_\_\_\_\_ ועד לתאריך \_\_\_\_\_

2. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו \_\_\_\_\_ באיזה היקף משרה \_\_\_\_\_

3. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר העבודה, אם ישנם: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חתימת  
הרופא  
המטפל ★

\_\_\_\_\_

תאריך





# כרטיס עובד<sup>(1)</sup>

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד<sup>(1)</sup>

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

## שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"י"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת<sup>(1)</sup> 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 מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ	כתובת ת"ד 3778, קרית אריה, פתח תקווה מיקוד 4951106	מספר טלפון 03-9201010	מספר תיק ניכויים 3, 5, 9, 6, 7, 8, 5, 1
--	--	-----------------------	---

### ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית	מספר רחוב/שכונה	מספר עיר/ישוב	מיקוד	מספר טלפון
מין	מצב משפחתי	רווק/ה	נשוי/אה	חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	<input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פי"ש)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, שם הקופה <input type="checkbox"/> לא

### ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה

### ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

סמן/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבלת/ת בגינו קצבת ילדים מבי"ל(\*)

- אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)
- משכורת חודש<sup>(2)</sup>
  - משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup>
  - משכורת חלקית<sup>(4)</sup>
  - שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup>
  - קצבה<sup>(6)</sup>
  - מלגה<sup>(1)</sup>
- תאריך תחילה העבודה (1) בשנת המס

שם	מספר זהות	תאריך לידה	2	1

### ה. פרטים על הכנסות אחרות

- אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות<sup>(1)</sup>
- יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
  - משכורת חודש<sup>(2)</sup>
  - משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup>
  - משכורת חלקית<sup>(4)</sup>
  - שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup>
  - קצבה<sup>(6)</sup>
  - מלגה<sup>(1)</sup>
  - ממקור אחר
- אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:
  - אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת<sup>(7)</sup>
  - אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו<sup>(8)</sup>
  - אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(9)</sup>
  - אין מפרישים עבורי לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(10)</sup>

(\*) חובה לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי, למעט במקרה של אישה נשואה ואלמן/ה

### ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קיצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

### ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת



ה. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמך/י √ בריבוע המתאים)

1  אני תושב/ת ישראל.

2  אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94.

3  אני תושב/ת קבועה/ בישוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך \_\_\_\_\_ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב \_\_\_\_\_ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312.א.

4  אני  עולה חדשה/  תושב/ת חוזר/ת מתאריך \_\_\_\_\_ .  
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך \_\_\_\_\_ .  
מי שה יתה לו הכנסה או שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.  
לתושב/ת חוזר/ת - חובה לצרף אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים).

5  בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.  
(רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיעה/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת)

6  אני הורה החי בנפרד ומבקש נקודת זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזקתי (בהתאם לסעיף 7 להלן)

7  בגין ילדי שבחזקתי (ימולא רק ע"י גבר החי בנפרד או ע"י אשה) המפורטים בחלק ג.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס  מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים

8  בגין ילדי הפעוטים (ימולא ע"י גבר [למעט גבר אשר סימן בפסקה 7 לעיל], אשה החיה בנפרד וילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד<sup>(11)</sup>)  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס

9  אני הורה יחיד<sup>(11)</sup> לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיפים 7 ו- 8 לעיל)

10  בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.

11  בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר (ימולא ע"י מי שנישא בשנית) (מצורף פסק דין).

12  מלאו לי 16 שנים וטרם מלאו לי 18 שנים.

13  אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות \_\_\_\_\_ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14  בגין סיום לימודים לתואר אקדמי או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י √ בריבוע המתאים)

1  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. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.  
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2  יש לי הכנסות נוספות ממשכורת/קיצבה/מילגה (ממכון מחקר) כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/אחר)	ה מעביד / משלם הקיצבה / מקור אחר		
			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים
					9
					9
					9

3  פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשטמה 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

- "עובד" לרבות מקבל קיצבה ולרבות חוקר במכון מחקר או מכון מחקר תורני. "מעביד" לרבות משלם קיצבה ולרבות מכון מחקר קיצבה. "עבודה" לרבות קבלת קיצבה. "מילגה" לחוקר בתקופת לימודיו במכון מחקר או מכון מחקר תורני.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום.
- משכורת נוספת - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום, נוסף למשכורת חודש ו/או בנוסף לקיצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת נוספת".
- משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה במשך 5 שעות או פחות בכל יום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ביום אך לא יותר מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- שכר עבודה - משכורת בעד 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.
- 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.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקיצבה/לאבדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפי"ש.
- הורה יחיד - שההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.



## מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ (להלן: "מגדל מקפת")

### מערכת הכללים:

#### 1. הגדרות למסמך מערכת הכללים

החברה -	מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ;
הקרן / קרן הפנסיה -	מגדל מקפת אישית או מגדל מקפת משלימה, לפי העניין;
התקנות -	תקנות הקרן כפי שהן מעת לעת;
מגדל מקפת אישית -	קופת גמל משלמת לקצבה שהיא קרן חדשה מקיפה המנוהלת על ידי החברה על פי תקנותיה;
מגדל מקפת משלימה -	קופת גמל משלמת לקצבה שהיא קרן חדשה כללית המנוהלת על ידי החברה על פי תקנותיה;
תביעה -	דרישה מהקרן למימוש זכויות לפי תנאי התקנות או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור, לסיכוני נכות ומוות בלבד, שתוגש בכתב, באמצעות טופס תביעה, ככל שנדרש לפי סוג התביעה;
תובע -	מי שהציג דרישה לחברה למימוש זכויות לסיכוני נכות ומוות לפי התקנות, למעט גוף מוסדי.

#### 2. יישוב תביעות

מבלי לגרוע מהוראות כל דין, החברה תפעל לבירור ויישוב תביעות בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות ובהוגנות ובהתאם להוראות חוזרי האוצר כפי שיהיו בעניין זה מעת לעת ותפעל בהתאם לחובת הנאמנות של החברה כלפי כלל עמיתיה בקרן.

#### 3. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- 3.1 משנמסרה תביעה לקרן, תפעל החברה לביצוע כל הדרוש לצורך בירור התביעה.
- 3.2 פנה אדם בקשר להגשת תביעה, תמסור לו החברה בהקדם האפשרי, את המפורט להלן, בהתאם לסוג התביעה:
  - 3.2.1 מערכת הכללים של החברה לבירור וליישוב תביעות;
  - 3.2.2 מסמך ובו פירוט הליך בירור ויישוב התביעה, לרבות הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע ופירוט המידע והמסמכים הנדרשים ממנו לשם בירור ויישוב תביעה;
  - 3.2.3 טופס הגשת תביעה, ככל שישנו, והנחיות לגבי מילוי;
  - 3.2.4 הודעה על תקופת ההתיישנות.
- 3.3 המפורט בסעיף 3.2 יפורסם באתר האינטרנט של החברה.
- 3.4 על אף האמור בסעיף 3.2, היה ונשלחה לפונה הודעת תשלום בגין תביעתו, תהיה החברה פטורה ממשלוח המפורט בסעיפים 3.2.2 עד 3.2.4 לעיל.
- 3.5 על אף האמור בסעיף 3.2, הוריד הפונה את המפורט בסעיף 3.2 מאתר האינטרנט של החברה, תהיה פטורה החברה ממשלוח המפורט בסעיף 3.2.
- 3.6 החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה, הודעה בכתב ובה יצוין המסמך שנתקבל, מועד קבלתו, ויפורטו בה המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע. החברה רשאית לשלוח הודעה כאמור במסגרת הודעת המשך בירור כפי שיפורט בסעיף 7 להלן.
- 3.7 ככל שנדרשים לחברה מידע ומסמכים נוספים מהתובע לצורך בירור תביעה, תדרוש החברה מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לה הצורך בהם.
- 3.8 תובע לא יידרש להמציא מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.

#### 4. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

- החברה תמסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהיום שהיו בידיה כל המידע והמסמכים שדרשה מהתובע לשם בירור התביעה או עם תשלום התביעה, את אחת מההודעות שלהלן, בהתאם לנסיבות העניין:
- 4.1 הודעת המשך בירור או הפסקת בירור, כמפורט בסעיף 7 להלן;

4.2 הודעת תשלום או תשלום חלקי, כמפורט בסעיף 5 להלן;

4.3 הודעת דחיה כמפורט בסעיף 6 להלן.

## 5. הודעת תשלום פנסיה או תשלום פנסיה חלקי

החליטה החברה על תשלום תביעה - תמסור לתובע הודעת תשלום פנסיה או תשלום פנסיה חלקי בכתב שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלוונטיים:

- 5.1 סוג הפנסיה המשולמת;
- 5.2 המועד שבו היו בידי החברה כל המידע והמסמכים הדרושים לברור התביעה;
- 5.3 שיעור הנכות;
- 5.4 המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום;
- 5.5 משך התקופה שבשלה זכאי התובע לתשלומים;
- 5.6 משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות והכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;
- 5.7 סכום תשלום הפנסיה הראשון;
- 5.8 פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב;
- 5.9 פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהקרן בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושילפי התקנות או הדין קוזזו מהתשלום;
- 5.10 פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברה / לקרן מאת התובע;
- 5.11 מנגנון עדכון התשלומים, סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה;
- 5.12 הפניה לתלוש שכר (פנסיה) שישלול בין היתר גם פירוט בדבר קיזוז מקדמות, אם שולמו כאלה, פירוט הניכויים שבוצעו מהתשלום (ניכוי מס ואחרים) והסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;
- 5.13 במקרה שבו החליטה החברה על תשלום חלק מתביעת הפנסיה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי שיעור נכות / תקופת נכות / סכומי פנסיה (נכות או שאירים) שנדרשו - תכלול ההודעה לתובע פירוט בדבר מרכיביו של התשלום שבו הכירה החברה והנימוקים העומדים בבסיס החלטת החברה לדחות חלק מהתביעה.

## 6. הודעת דחיה

החליטה החברה על דחיית תביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב ובה נימוקי הדחיה, לרבות פירוט של תנאי התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד ההצטרפות לאחרונה (מועד חידוש הכיסוי הביטוחי) או במועד שינוי הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחית התביעה.

## 7. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

- 7.1 ככל שדרוש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגינן נדרש לה זמן נוסף לבירור התביעה.
- 7.2 החברה תציין בהודעת המשך בירור כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם בירור התביעה.
- 7.3 הודעת המשך בירור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחיה לפי העניין. אם בהודעת המשך הבירור הקודמת ועל פי תנאי התקנות נקבע מועד עתידי לבדיקת זכאות (לראשונה / חוזרת / תקופתית), לא תשלח החברה הודעות המשך בירור נוספות עד למועד האמור, למעט הודעת המשך בירור לאחר שנה.
- 7.4 החברה לא תשלח הודעות המשך בירור נוספות אם פנה התובע לערכאות משפטיות או אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע ציינה החברה כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.

## 8. הודעה בדבר התיישנות תביעה

- 8.1 הודעת תשלום, הודעת דחיה והודעת המשך בירור ראשונה - תכלול פסקה אשר בה תציין תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברה, אינה עוצרת את מרוץ התיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ התיישנות (להלן - פסקת התיישנות).
- 8.2 כל הודעה הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקת התיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ התיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.



- 8.3 ככל שלא נכללה פסקת התיישנות בהודעה שלפי סעיף 8.1 לעיל, שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראו את החברה כמסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת התיישנות. הסכמת החברה בסעיף זה - 8.3, תחול רק לגבי ההודעה הראשונה שבה לא נכללה פסקת התיישנות.
- 8.4 ככל שהחברה שלחה לתובע הודעה שלפי סעיף 8.1 לעיל, בשנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות ולא נכללה בה פסקת התיישנות, יראו את החברה כמסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין המועד שבו שלחה החברה הודעה שבה נכללה פסקת התיישנות ואת מועד התיישנות, לא תובא במניין תקופת התיישנות. הסכמת החברה בסעיף זה - 8.4, תחול רק לגבי ההודעה הראשונה שבה לא נכללה פסקת התיישנות.

## 9. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

- הודעת תשלום או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:
- 9.1 להשיג על החלטה והדרך להגשת השגה על החלטה, לרבות זכותו להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו בכפוף להליכי הערעור הקבועים בתקנות.
- 9.2 להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור של החברה, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
- 9.3 להשיג על החלטת החברה בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

## 10. בדיקה מחודשת של זכאות

- 10.1 החברה רשאית מעת לעת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת פנסיה בהתאם לתקנות.
- 10.2 עם אישור התביעה, תודיע החברה לתובע על משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של הזכאות ועל המידע והמסמכים שעל התובע לספק לה לפחות 30 יום לפני תום תקופת הזכאות לצורך הבדיקה המחודשת, המהווים תנאי להמשך ביצוע תשלום הפנסיה בהתאם לתקנות.
- 10.3 כמו כן תודיע החברה לתובע כי אם לא יימסרו לחברה, כל המידע והמסמכים הדרושים לה לצורך הבדיקה המחודשת של הזכאות תפסיק החברה את תשלום הפנסיה בתום תקופת הזכאות. עוד תציין החברה במסגרת הודעה זו כי לאחר קבלת המידע הנדרש יכול והחברה תזמן את התובע לבדיקה באמצעות הרופא מטעם הקרן ו/או מומחה מטעמה.
- 10.4 מסר התובע את המידע הנדרש עד 30 יום לפני תום תקופת הזכאות תיבחן החברה את זכאותו של התובע להמשך ביצוע תשלום הפנסיה או כל חלק הימנו גם לאחר תום תקופת הזכאות בהתאם למסמכים שנמסרו לה תוך 30 ימים מהמועד שנמסר לה המידע הנדרש ("המועד להשלמת הבדיקה").
- 10.5 תוך 14 ימים מהמועד להשלמת הבדיקה תודיע החברה לתובע אחת מההודעות הבאות:
- 10.5.1 הודעה על המשך תשלום הפנסיה גם לאחר תום תקופת הזכאות.
- 10.5.2 הודעה על הקטנה או הפסקת תשלום הפנסיה לאחר תום תקופת הזכאות ("הודעת שינוי"). הודעת השינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת החברה להקטין או להפסיק את תשלום הפנסיה, יחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה, בשינויים המחויבים.
- 10.5.3 הודעה על הצורך בביצוע בדיקה של התובע באמצעות רופא מטעם הקרן ו/או מומחה. בהודעה כאמור יפורט שם המומחה והמועד לביצוע ("בדיקת המומחה"). תובע לא יישא בעלות בדיקת רופא מטעם הקרן ו/או מומחה כאמור. במסגרת הודעה כאמור תפרט החברה את תפקידי המומחה כאמור בסעיף 11.1 למערכת כללים זו להלן.
- 10.6 תוך 14 ימים ממועד ביצוע בדיקת רופא מטעם הקרן ו/או המומחה תודיע החברה לתובע אחת מההודעות המפורטות בסעיפים 10.5.1-10.5.3 למערכת כללים זו לעיל.
- 10.7 היה והתובע לא ימסור את כל המידע שנדרש ממנו כאמור בסעיף 10.4 לעיל במועדים שהתבקשו או לא יתייצב לבדיקת רופא מטעם הקרן ו/או המומחה כאמור 10.5.3 יופסק ביצוע תשלום הפנסיה בתום תקופת הזכאות.
- 10.8 ישלים התובע את המידע הנדרש ממנו ו/או יבצע בדיקה באמצעות רופא מטעם הקרן ו/או מומחה במועד מאוחר יותר, תמסור לו החברה הודעה לפי סעיף 10.5.3-10.5.1, לפי העניין, בסמוך לאחר השלמת המידע ו/או ביצוע בדיקת הרופא מטעם הקרן ו/או המומחה כאמור.
- 10.9 למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של החברה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
- 10.10 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי אין באמור בפסקה זו לעיל כדי לגרוע מזכותה של החברה לבצע בירורים שונים כמו בדיקות, חקירות וכד' במהלך תקופת הזכאות ולהקטין או להפסיק את תשלום הפנסיה בהתאם להוראות התקנות או הדין עוד טרם תום תקופת הזכאות. הוקטן או הופסק תשלום כאמור בסעיף זה לעיל תמסור החברה לתובע הודעת שינוי בהתאם לכללים הקבועים



בתקנות. אם לא נקבעו כללים כאמור, תימסר לתובע הודעת שינוי לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר מ- 60 יום לפני המועד האמור.

10.11 הכללים לבדיקה מחודשת יימסרו לתובע עם הודעת התשלום כאמור בסעיף 5 לעיל ויפורסמו באתר האינטרנט של החברה.  
10.12 בבדיקה מחודשת של זכאות לפי סעיף 10.1, התובע לא ישא בעלויות בבדיקה רפואית של רופא מטעם הקרן, אולם ככל שהתובע יבקש לערער על החלטת הרופא מטעם הקרן יחול מנגנון ערעור על החלטת רופא הקרן / וועדה רפואית הקבועים בתקנות הקרן לרבות לענין נשיאה בהוצאות הרופא מטעם התובע בוועדה הרפואית / וועדה רפואית לערעורים וכן במחצית מהוצאות הרופא השלישי בוועדה הרפואית לערעורים.

## 11. בירור תביעה בעזרת מומחה

- 11.1 ככל שהחברה נעזרה במומחה לבדיקת תביעתו של התובע, בין אם בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תודיע על כך לתובע מראש, תסביר לתובע את תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה ותודיע לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה.
- 11.2 הוראות סעיף 11.1 לא יחולו על רופא מטעם הקרן ו/או ועדה רפואית ו/או ועדה רפואית לערעורים כהגדרתם בתקנות הקרן ולא יחולו על חוקר במסגרת חקירה סמויה.
- 11.3 הודעה לפי סעיף 11.1 יכול שתימסר במסגרת המסמך האמור בסעיף 3.2.2.
- 11.4 חוות דעת של מומחה שעליה מסתמכת החברה לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
- 11.5 חוות דעת של מומחה, לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תשלומי פנסיה או לדחייה.
- 11.6 נסמכה החברה על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תמסור החברה את חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית לפי סעיף 4 או לפי סעיף 10. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע לחברה או למומחה מטעמו לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו.
- 11.7 הייתה חוות הדעת של המומחה חסויה על פי דין, ימסור הגוף המוסדי הודעה בכתב לתובע שבה יסביר מדוע הוא סבור כי חוות הדעת חסויה.
- 11.8 היועצות פנימית שלא עולה כדי חוות דעת, תתועד בתיק התביעה.
- 11.9 לענין סעיף זה, "מומחה" - בין אם הוא עובד של החברה ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון מומחה רפואי, אך כאמור, למעט יועץ משפטי ולמעט רופא מטעם הקרן ו/או ועדה רפואית ו/או ועדה רפואית לערעורים בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

## 12. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

החברה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בחברה, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

## 13. מתן העתקים

- 13.1 החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן התקנון, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
- 13.2 החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר מסר התובע לחברה, או מכל מסמך אשר התקבל אצל החברה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

## 14. שונות

### למען הסר ספק, מובהר בזאת כי -

- 14.1 ההוראות שבמערכת כללים זו מוסיפות על הוראות כל דין, לרבות ההוראות הקבועות בחוזרים אחרים, ואין בהן כדי לגרוע מהוראות כל דין כאמור.
- 14.2 מערכת הכללים תחול ביחס לתביעה שהוגשה לאחר ה- 1 ליוני 2011.
- 14.3 הוראות סעיף 4 יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט בהתאם לנסיבות העניין, בשינויים המחויבים.
- 14.4 הוראות סעיפים 3, 5, 7, 8 ו- 9 לא יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט.
- 14.5 תביעה שתברר לפי מערכת הכללים אשר תהיה תקפה במועד שבו הוגשה התביעה.



**נספח - טבלת השוואה בין המועדים והתקופות הקבועות בחוזר  
"יישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור" לבין המועדים והתקופות שנקבעו על-ידי החברה**

המועד או התקופה לתביעה לכיסוי נכות או פטירה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר	הפעולה	סעיף במערכת הכללים
14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	דרישת למידע ומסמכים נוספים	3.7
30 ימים	30 ימים	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	4
כל 90 ימים	כל 90 ימים	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	7.3
30-60 ימים	30-60 ימים	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	10
30 ימים	30 ימים	מענה בכתב לפניית ציבור	12
14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	מסירת העתקים מתקנון הקרן	13.1
21 ימי עסקים	21 ימי עסקים	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	13.2

## הליך בירור ויישוב תביעות בחברת מגדל, מגדל מקפת ויוזמה

### כללי

- הליך בירור ויישוב תביעות מתבצע בהתאם לכללים שנקבעו ע"י המפקח על הביטוח.
- מגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן: מגדל), מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופ"ג בע"מ (להלן: מגדל מקפת) ויוזמה קרן פנסיה לעצמאים (להלן: יוזמה) משקיעות משאבים ומאמצים מרובים על מנת להבטיח בירור מהיר, מקצועי והוגן של התביעות.
- על מנת להקל עליך בטיפול בתביעתך מובהרים להלן מספר דגשים על אופן ביצוע תהליך ניהול התביעה.

### אופן הגשת התביעה

1. תובע הסבור כי נגרם לו נזק המכוסה במסגרת פוליסה שנרכשה במגדל, או זכאי לזכויות במגדל מקפת או ביוזמה, מתבקש להודיע על כך באופן מיידי לחברה או לסוכן המייצג אותן, ולשלוח טופס הודעה על תביעה באמצעות:
  - 1.1 דואר ישראל לכבוד:  
מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106.  
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ / יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ ת.ד. 3778 קרית אריה פתח תקווה 4951106.
  - 1.2 אתר האינטרנט של החברה תחת הקישור <https://www.migdal.co.il>.
2. הליך בירור התביעה דורש סיוע ושיתוף פעולה מצד התובע במסירת מסמכים ומידע הנחוצים להשלמת הטיפול בה. טפסים רלוונטיים לכל סוג של תביעה עם הנחיות ביחס לאופן מילוי הפרטים והדרכים להגשתה, וכן בירור במקרה של ספק ביחס לסוג התביעה ולטופס בו יש לעשות שימוש, ניתן לקבל:
  - 2.1 באתר האינטרנט של מגדל / מגדל מקפת / יוזמה כמפורט בס"ק 1.2 לעיל.
  - 2.2 בפניה בטלפון 03-9201010 או בכתב, לכתובת הרשומה לעיל סעיף 1.1.

### המסמכים הנדרשים לבירור התביעה

3. בסמוך למועד קבלת התביעה, ישלח לתובע אישור על כך שהתביעה התקבלה, פירוט המסמכים הנדרשים לצורך בירור התביעה והנחיות ביחס לאופן הפעולה הנדרש מהתובע.
4. במהלך בירור התביעה יכול ותבוצע פנייה לתובע לצורך קבלת מידע ומסמכים נוספים היה ויסתבר שדרושים לשם השלמת בירור התביעה, ואפשר שגם החברה תפעל לאיתור מידע נוסף לרבות מצדדים שלישיים.
5. הודעה על המסמכים ואישור על כך שהתקבלו בחברה ומסמכים ו/או מידע שהתבקשו וטרם נתקבלו, תימסר לתובע בסמוך לקבלת המסמכים והמידע כאמור.
6. כל עיכוב במסירת מידע או מסמכים שהתבקשו ומצויים בידי התובע עלול לגרום לעיכוב בבירור התביעה.

### שימוש בשירותי מומחה

7. לשם בירור התביעה יתכן והחברה תיעזר בשירותיו של מומחה לצורך בחינת חבותה ו/או לצורך הערכת הנזק. מומחה כאמור יכול וייפגש עם התובע ויכול שלא. כמו כן, במקום בו היא מוצאת לנכון, יכולה החברה להפעיל חקירה סמויה לצורך בירור התביעה. לענין זה "מומחה" - בעל מומחיות בבירור חבות ו/או הערכת נזק כגון: שמאי, מומחה רפואי, מהנדס, חוקר, רואה חשבון וכדומה.
8. החברה מבקשת להדגיש כי מומחה כאמור פועל מטעמה ועל חשבונה של החברה בלבד. התובע, ככל שהוא מוצא לנכון, זכאי על חשבונו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה.

### שימוש במאגר היסטוריית תאונות של כלי רכב

9. לשם בירור התביעה יתכן והחברה תפנה בשאלתה לקבלת נתונים על כלי הרכב מ "מאגר היסטוריית תאונות של כלי רכב" המופעל ע"י איגוד חברות הביטוח.
10. הנתונים שיתקבלו מהמאגר יתייחסו למבטחיו הקודמים של הרכב, סוגי הביטוח ופרוט התביעות ב - 7 השנים שקדמו לתאריך האירוע.
11. עלות השאלתה תחול על חברת הביטוח.

### עדכון על מהלך התביעה

12. במהלך בירור התביעה ישלחו לתובע אחת ל- 90 יום או 180 יום, לגבי תביעות לפי פקודת רכב מנועי התש"ל 1970 (תביעות חובה), הודעות המשך בירור ובמסגרתן יובהרו הסיבות שבעטין טרם ניתנה הכרעה בתביעה ופירוט, ככל שיהיה צורך, אודות מסמכים או מידע

שהתבקשו מהתובע וטרם נמסרו.

13. החברה תחדל ממשלוח הודעות כאמור בהתקיים אחת מהסיבות הבאות:

13.1 עם השלמת בירור התביעה;

13.2 אם שתי הודעות המשך בירור שכללו דרישה של החברה למסירת מידע ו/או מסמכים נוספים לא נענו;

13.3 אם התובע הגיש תביעה נגד מגדל ו/או מקפת ו/או יוזמה לערכאות משפטיות.

## השלמת בירור התביעה

14. על החברה להשלים את הבירור בתביעה תוך 30 יום מיום שיהיו בידיה כל המסמכים והמידע הדרושים לה לצורך בירור התביעה.

15. השלמת בירור התביעה משמעה סיום הטיפול בתביעה באחת מן הדרכים הבאות:

15.1 קבלת מלוא התביעה;

15.2 קבלה חלקית של התביעה;

15.3 דחייה של התביעה במלואה;

15.4 חתימת הסכם פשרה עם התובע.

16. הודעה על קבלת תביעה במלואה או בחלקה תימסר לתובע בכתב ותכלול פירוט ביחס לגובה הנזק ואופן חישובו.

17. הודעה על דחיית תביעה במלואה או קבלה חלקית של התביעה תימסר לתובע בכתב ותכלול פירוט הנימוקים בגינם נדחתה התביעה כולה או חלקה.

18. במקרה והתובע יגיע לפשרה עם נציגי החברה, תישלח אליו הודעת פשרה בכתב בה יפורטו עיקרי הפשרה ותינתן לו שהות מספקת לעיין בה. הפשרה תיכנס לתוקף רק לאחר חתימת התובע על הסכם הפשרה.

19. במקרה שהתקבלה תביעה לתשלומים עתיים (למשל, פיצוי חודשי בגין אובדן כושר עבודה או פנסית נכות), רשאית החברה לבחון מעת לעת מחדש את זכאותו של התובע בהמשך תשלומים אלה והכל על פי כללים המוצגים באתר האינטרנט של מגדל ומקפת תחת הקישור כמפורט בס"ק 1.2.

## ענפי ביטוח עליהם חל הליך ביטוח זה

20. הליך יישוב ובירור התביעה המפורט לעיל מוגבל לתביעות שיוגשו מכח פוליסות שנמכרו על ידי מגדל באחד מענפי הביטוח הבאים:

ביטוח חיים - לגבי סיכוני אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד; ביטוח מפני תאונות אישיות; ביטוח מפני מחלות ואשפוז למעט ביטוח שיניים ולמעט ביטוח בריאות לעובדים ושוהים זרים בישראל; ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי (ביטוח חובה) ביטוח רכב מנועי - רכוש (עצמי וצד שלישי), ביטוח מקיף לדירות, ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחו"ל וכן לתוכנית פנסית נכות ופנסית שארים הנמכרת ע"י מגדל מקפת.

## אי הסכמה להחלטת החברה בנוגע לתביעה

21. תובע הרואה עצמו מקופח מהחלטת החברה לעניין התביעה, רשאי להמשיך ולפעול באחת מהדרכים הבאות:

21.1 להשיג על ההחלטה בפני הממונה על פניות הציבור במגדל ובמגדל מקפת;

21.2 להשיג על ההחלטה בפני הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר;

21.3 לפנות לערכאה משפטית.

21.4 במקרה של השגה על החלטה/ות בסוגיות רפואיות בקרן פנסיה - מקפת יש להעביר לועדה רפואית ולועדה רפואית לערעורים.

יוזמה - להעביר החלטה לבוררות.