
הנדון: הנחיות לתביעת תשלום פנסיית נכות מהקרן

בהמשך לפנייתך למשרדינו, להלן פירוט המסמכים הדרושים לתביעת נכות:

- טופס תביעה לנכות (מצ"ב).
- כל המסמכים הרפואיים הרלוונטים.
- 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 בבקשך לתביעת נכות.

את המסמכים אנא החזרי/ לקרן באמצעות הדואר לכתובת:

"מיטבית - עתודות" נירים 2, תל אביב, ת.ד. 9300 מיקוד 67060.

לברורים ניתן לפנות למחלקת שרות לקוחות לטלפון: 03-7111110.

בברכה,

מיטבית-עתודות

חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ

תביעה לתשלום פנסיית נכות מלאה/נכות חלקית

1. תביעה לנכות: (סמן ב X)

חלקית מלאה

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	מין	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מצב משפחתי	סב						
						נ	ז	נ	ז	נ	ז	
		משכורת אחרונה		% משרה ממוצע	שעות עבודה למשרה מלאה	ת. התחלת עבודה		תאריך לידה				
						יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
		מס'	עיר	מיקוד	טלפון	כתובת מגורים/ רחוב						
						סלולרי						

4. פרטי בן/בת הזוג

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	מקום עבודה	טל. עבודה/סלולרי	סב					
							נ	ז	נ	ז	נ	ז
				יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום		

5. פרטי ילדים

מספר	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי	מין	סב					
						נ	ז	נ	ז	נ	ז
1		יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
2											
3											
4											

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

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

7. מועד האירוע לתביעה

ת. פריצת מחלה/ארוע			ת. 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 פנסיה 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 הוגשה 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 ✕ 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.

תאריך _____ חתימה העמית ✕ _____

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.

תאריך _____ חתימה וחותמת המעסיק ✕ _____

שאלון כושר העבודה של העמית

תאריך לידה			שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות
יום	חודש	שנה			א ב

תפקיד	מקצוע	מקום עבודה
-------	-------	------------

אבחנות: _____

בבדיקה קלינית: _____

במעבדה: _____

בצילומי רנטגן: _____

בבדיקות אחרות: _____

המלצת הרופא המטפל: _____

מרפאה (שם וכתובת)	שם הרופא המטפל
-------------------	----------------

תאריך _____ חתימה

מחוז	אישור הרופא המחוזי, ד"ר
------	-------------------------

תאריך _____ חתימה

התייעצות עם/המלצת רופא מקצועי

שם הרופא _____ מומחה ב _____

מסקנה _____

תאריך _____ חתימה

התייעצות עם/המלצת המחלקה לרפואה תעסוקתית

שם הרופא _____

מסקנה _____

תאריך _____ חתימה

לכבוד

מיטבית-עתודות חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ
 נירים 2 ת.ד. 9300, תל אביב 67060

א.ג.ב.

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 הסייעודי 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 הסייעודי, 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-עתודות חברה לניהול קרנות פנסיה ו/או למיטבית גמל (2003) בע"מ ("מיטבית"), ולמי מטעמה, את כל המידע המצוי בידיהם ובאופן שיידרש על ידי מיטבית-עתודות.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות והגורמים הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם, 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 ששלמו ו/או משולמים לי על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון.

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

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.

שם האב		שם פרטי		שם משפחה		מספר תעודת זהות	
						סב	
מיקוד	עיר	מס'	כתובת מגורים/ רחוב				
רפא מטפל		סניף		שם קופת חולים			

_____ תאריך
 חתימה _____
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.