

הליך ברור וישוב תביעת פנסיית נכות

עמית נכבד, אגרת זו מפרטת את הליך בירור וישוב התביעה בהתאם לקבוע בהוראות חוזר גופים מוסדיים 9-2016-9 ובהתאם למערכת הכללים שנקבעה על ידי החברה והמפורסמת באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.meitavdash.co.il (להלן: "מערכת הכללים").

1. הטיפול בתביעה:

עם קבלת התביעה במשרדי החברה, תנקוט החברה את מרב המאמצים לבירור מהיר ויעיל של התביעה, לשם כך, הינך נדרש להמציא, בהקדם האפשרי, את המסמכים הבאים:

1.1 טופס בקשה לתשלום מלא:

1.1.1 סעיף 1 - פרטים אישיים של העמית ופרטי בן/בת זוג במידה יש.

1.1.2 סעיף 2 - תאריך אובדן כושר עבודה.

1.1.3 סעיף 3 - פרטי חשבון הבנק של מבקש הקצבה.

1.2 נספח לטופס בקשת תשלום פנסיית נכות מלא:

1.2.1 סעיף 1 - פרטים אישיים של העמית.

1.2.2 סעיף 2 - פרטי בן/בת זוג במידה יש.

1.2.3 סעיף 3 - יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומפורט.

1.3 מסמכים אישיים:

1.3.1 צילום קריא של תעודת הזהות לרבות העתק ספח תעודת הזהות.

1.3.2 אישור על חשבון הבנק באמצעות צילום המחאה בנקאית עם שמך או אישור הבנק על ניהול החשבון

1.3.3 כתב ויתור על סודיות רפואית - פרטים אישיים של מבקש הקצבה, שם חותמת וחתמת עד (עד יכול להיות רופא, עורך דין או פקיד בנק, בעל רישיון, עובד סוציאלי או סוכן ביטוח) (עבור חתימת סוכן ביטוח יש לצרף רישיון סוכן ביטוח בתוקף).

1.3.4 טופס 101 - כרטיס עובד - יש למלא לפי ההסבר בדף המצורף.

1.3.5 תיאום מס - יש להעביר במידה יש הפקדות נוספות שאינם קצבת שארים/נכות/זקנה מביטוח לאומי.

1.4 אישורים רפואיים:

1.4.1 אישורי מחלה העולים על 90 ימים רצופים ממועד אובדן כושר העבודה.

1.4.2 אישורים רפואיים על אובדן כושר עבודה מיום האירוע/מועד תחילת המחלה/תאונה שגרמה לאובדן כושר עבודה ועד להגשת הבקשה לקצבה - האישורים הרפואיים יכילו פירוט אבחנות ותאריך אבחונם, תוצאות בדיקות, סיכומי רופאים מומחים, סיכומי אשפוזים, שיקום, ניתוחים וכדומה, אישור רופא תעסוקתי ככל שקיים.

1.4.3 אישורים על שכר/תקופות עבודה:

1.5.1 אישור מהמעסיק המפרט את תקופת העסקה, תפקיד ואחוז המשרה - יש להעביר את הדף המצורף למילוי ע"י ידי המעסיק, עליו לפרט חודשים בהם בוצעו הפקדות לקרן בתקופה שבה הנך תובע קצבת נכות.

1.5.2 במידה ותבקש - תלושי שכר עבור 12 חודשים שקדמו לאירוע ותלושי שכר מקרות המקרה ועד היום.

1.6 תאונות עבודה ומקרים ייחודיים:

פרק זה מתייחס למקרים בהם קיימת זכאות לקבלת קצבה ממקור אחר. ("קצבה ממקור אחר" הינה קצבה המשתלמת לעמית לפי אחד מאלה: חוק הנכים; פרק ה' (תאונות עבודה) לחוק הביטוח הלאומי; חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל 1970; חוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום), התש"ו 1950; חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א 1981; וחוק שירות בתי-הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א 1981)

1.6.1 אישורים מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון המפרטים את אחוז הנכות שנקבע ומשך התקופה.

1.6.2 אישורים שנתיים מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון המפרטים את התשלומים שבוצעו בגין תביעה זו.

1.6.3 אישורים שנתיים מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון המפרטים את גובה דמי פגיעה שבוצעו בגין תביעה זו.

1.7 הקרן רשאית לדרוש מהעמית פרטים ומסמכים נוספים בהתאם לצורך.

2. פעולות החברה עם קבלת התביעה:

- 2.1. עם קבלת כל המסמכים והמידע באופן תקין וברור יועברו מסמכים לעיונו של רופא הקרן.
- 2.2. רופא הקרן יקבע את כל אחד מן המפורטים להלן:
 - 2.2.1. היום בו הפך העמית לנכה על פי תקנון הקרן;
 - 2.2.2. תקופת הנכות הצפויה;
 - 2.2.3. שיעור הנכות באחוזים;
 - 2.2.4. כל קביעה אחרת המחויבת על פי מערכת הכללים לטיפול בתביעות כפי שתהיה מעת לעת וכפי שיקבע על פי הוראות ההסדר התחיקתי;
- 2.3. רופא הקרן רשאי במידת הצורך, לזמן אותך לבדיקה פרונטלית.
- 2.4. רופא הקרן רשאי במידת הצורך להזמין את התיק הרפואי שלך.
- 2.5. על החלטת רופא הקרן ניתן לערער בתוך 45 ימים בפני הוועדה הרפואית של הקרן.
 - 2.5.1. הוועדה הרפואית תורכב משני רופאים. אם לא תתקבל הסכמה בין שני הרופאים באשר למצבך הרפואי, ייבחר רופא שלישי על ידי שני הרופאים וההחלטה תינתן על פי רוב הדעות.
 - 2.5.2. הוועדה הרפואית רשאית לזמן אותך לבדיקה פרונטלית.
 - 2.5.3. הנך רשאי למנות רופא במקום אחד הרופאים מטעמך שישב בוועדה הרפואית בכפוף להוראות תקנון הקרן.
 - 2.5.4. על החלטת הוועדה הרפואית ניתן לערער בפני הוועדה הרפואית לערערים תוך 45 יום. הוועדה הרפואית לערערים תהא מורכבת משלושה רופאים שלא נמנו על חברי הוועדה הרפואית. העמית יהא רשאי למנות רופא במקום אחד מבין שלושת הרופאים המרכיבים את הוועדה הרפואית לערערים, החברה המנהלת והעמית יישאו בעלות הרופא שימונה מטעמו של העמית בחלקים שווים, חלקה של החברה המנהלת בעלות לא תעלה על מחצית העלות המשולמת על ידי החברה לרופא הקרן.
 - 2.5.5. החברה המנהלת תישא בהוצאות הוועדה הרפואית לערעורים.
- 2.6. וועדת הקרן - לאחר קבלת פרוטוקול רפואי מרופא הקרן תדון וועדת הקרן שלא בפניך ותקבע אם מתקיימת זכאות לקצבת נכות בהתאם לתקנון הקרן.

3. תשובה לגבי תביעתך:

- 3.1. החברה תמסור לך, בתוך שלושים (30) ימים מהיום שהיו בידיה כל המידע והמסמכים שנדרשו על-ידה לשם בירור התביעה או עם תשלום התביעה הודעה שעניינה
 - 3.1.1. הודעת תשלום מלא.
 - 3.1.2. הודעת תשלום חלקי.
 - 3.1.3. הודעת מנומקת בדבר דחיית התביעה.
 - 3.1.4. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור.
- 3.2. כל אחת מההודעות תהיה מנומקת ותכלול את הפרטים המחויבים על פי החוזר ובהתאם למערכת הכללים שנקבעה.

התיישנות:

בכפוף להוראות חוק ההתיישנות, התשי"ט-1951, תקופת ההתיישנות חלה ממועד האירוע המזכה (כהגדרתו בתקנון הקרן), ובמשך 36 חודשים ממועד זה כאמור. לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בכבוד רב,

מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ

הגשת מסמכים לתביעת פנסיית נכות

מסמכים נדרשים לצורך תביעת נכות (יש לסמן x במסמכים המצורפים):

- טופס בקשה לתשלום פנסיית נכות המצורף לסט התביעה מלא וחתום.
- נספח לטופס בקשה לתשלום פנסיית נכות המצורף לסט התביעה מלא וחתום.
- צילום תעודת זהות של המבקש לרבות הספת. ככל שמדובר בתז. ביומטרית, יש לצלם את שני הצדדים של התעודה.
- צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון על שם התובע.
- כתב ויתור על סודיות רפואית המצורף לסט התביעה מלא וחתום.
- טופס אישור מעסיק המצורף לסט התביעה מלא וחתום ע"י המעסיק.
- טופס 0101/130 - כרטיס עובד המצורף לסט התביעה מלא וחתום.
- תיאום מס - במידה וקיימת הכנסה נוספת שאינה קצבת שארים/נכות/זקנה מביטוח לאומי.

אישורים רפואיים:

- אישורי מחלה העולים על 90 ימים רצופים ממועד אובדן כושר העבודה.
- אישורים רפואיים על אובדן כושר עבודה מיום האירוע/מועד תחילת המחלה/תאונה שגרמה לאובדן כושר עבודה ועד להגשת הבקשה לקצבה - האישורים הרפואיים יכילו פירוט אבחנות ותאריך אבחונם, תוצאות בדיקות, סיכומי רופאים מומחים, סיכומי אשפוזים, שיקום, ניתוחים וכדומה, אישור רופא תעסוקתי ככל שקיים.

במקרים של תאונות עבודה ומקרים מיוחדים יש לצרף:

- אישורים מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון המפרטים את אחוז הנכות שנקבע ומשך התקופה.
- אישורים שנתיים מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון המפרטים את התשלומים שבוצעו בגין תביעה זו.
- אישורים שנתיים מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון המפרטים את גובה דמי פגיעה שבוצעו בגין תביעה זו.
- פרוטוקול וועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון.

ידוע לי כי בקשתי לא תטופל עד להעברת כל המסמכים הנדרשים.

ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש פרטים ומסמכים נוספים אם יתעורר צורך.

הנני מצהיר/ה כי המסמכים אשר סומנו צורפו לבקשת התביעה וכי קראתי והבנתי את דרישות הקרן

תאריך _____ חתימת מבקש הקצבה _____

באפשרותך להעביר את המסמכים בהתאם למפורט להלן:

- למשרדי החברה "מיטב דש" בכתובת מגדלי צ'מפיון, דרך ששת הימים 30, ת.ד. 2442, בני ברק - לידי תביעות פנסייה
- למספר פקס: 03-7903200
- לכתובת דואר אלקטרוני: Pensya@MeitavDash.co.il
- טלפון לבירורים: 03-7903717 או *3366 שלוחה 3

בקשה לאישור תשלום נכות מקרן הפנסיה (512065202-00000000000163-0000-000)

| 1. פרטי המזקש/ג (אזרה/אלא אג כא פלגוג) | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------|---------------------|--|-----------------|--|---------------|--|
| שם פרטי | | | שם משפחה | | | מספר תעודת זהות | | | |
| מין | | מצב משפחתי | | טלפון בבית | | טלפון נייד | | תאריך לידה | |
| ז/ג | | <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| כתובת | | | | | | | | | |
| רחוב | | מספר בית | | ישוב | | מיקוד | | דואר אלקטרוני | |
| מספר תעודת זהות בן/בת הזוג | | שם פרטי בן/בת הזוג | | שם משפחה בן/בת הזוג | | תאריך לידה | | | |

| 2. פנסיה המזקש/ג והמסמכים המוצגים | |
|---|--|
| פנסיית נכות/אובדן כושר עבודה מתאריך ____/____/____ | |
| הגני מתחייב להודיעכם מיידית על שינוי במצבי הרפואי וכן על כל הכנסה כשכיר או כעצמאי שאקבל במקביל לפנסיית הנכות מכם. | |

| 3. פרטי חשבון פדנק אגלוג | | | |
|---------------------------------------|--------|-------------|--|
| שם הבנק ומספרו | | מספר חשבון | |
| שם הסניף | | מספר הסניף | |
| תעודת זהות בעל החשבון | | כתובת הסניף | |
| חשבון הבנק שלי הוא על שמי ושותפים בו: | | | |
| קירבה | שם מלא | תעודת זהות | |
| קירבה | שם מלא | תעודת זהות | |

X

חתימה
שם מלא
תאריך

| | | | |
|----------------|-----------------|---------------|---------|
| 1. פרטי המלג | | | |
| שם | מספר תעודת זהות | תאריך לידה | מין ז/נ |
| מס' טלפון נייד | כתובת | דואר אלקטרוני | |
| מס' טלפון בבית | | | |

| | | | |
|--------------------|------------------------|------------|---------|
| 2. פרטי נ/ז/ג פלוג | | | |
| שם | מספר תעודת זהות / ת.פ. | תאריך לידה | מין ז/נ |
| פרט מקום עבודה | עיסוק | | |

| | |
|---|--|
| 3. פרטי אילו | |
| 1. מועד האירוע בגינו הנך מגיש את התביעה: | |
| 2. מיקום האירוע: | |
| תיאור נסיבות האירוע: | |
| 3. האם האירוע הינו כתוצאה מתאונה בעבודה / שמירת הריון / תאונה אישית / מחלת מקצוע / תאונת דרכים / פעולת איבה / מלחמה או מחלה? פרט: | |
| 4. במקרה של מחלה, מתי הופיעו לראשונה הסימנים למחלה? נא לצרף אישור רופא מטפל. | |
| 5. מקום עבודתך והיקף המשרה טרם האירוע: | |
| תאריך הפסקת עבודה / לא הייתה הפסקת עבודה / תאריך חזרה לעבודה / | |
| שכר החודשי הממוצע ב-12 החודשים האחרונים לפני קרות האירוע. _____ ₪. | |
| יש לצרף 12 תלושי שכר ממקומות העבודה הנ"ל, קודמים למועד האירוע המזכה בגינו הנך תובע פנסיית נכות. | |
| 6. מעמד העמית (הקף בעיגול): שכיר / עצמאי | |
| 7. פרטים על השכלה והכשרה מקצועית ומקומות עבודה קודמים: | |
| מהי השכלתך? פרט בתי ספר / מוסדות להשכלה גבוהה. | |
| מהי הכשרתך המקצועית? פרט קורסים והשתלמויות שעברת. | |
| מה היו עיסוקיך בעבר? פרט עיסוקים ותקופות עבודה. | |
| 8. מועד הפסקת העבודה כתוצאה מסיבת התביעה (כולל הפסקה זמנית כחופשת מחלה) יש לצרף אישורי מחלה . | |
| 9. האם הנך עובד כעת ומה היקף המשרה והכנסתך החודשית? אם כן, פרט מהו המועד הראשון שבו חזרת לעבוד לאחר האירוע. | |
| יש לצרף תלושי שכר ממקומות העבודה בהם הנך עובד מתאריך תביעת הנכות ועד היום | |
| 10. רשימת המסמכים הנלווים, חוות דעת רפואית נלווית. | |
| 11. שם קופת החולים בה הנך חבר. שם רופא מטפל. | |
| שמות קופות החולים בהן היית חבר בעבר: | |
| מיהם הרופאים והמוסדות הרפואיים מהם קיבלת טיפול בקשר לתביעת נכות זו. | |
| 12. הנך מסוגל לעבוד בעבודה כלשהי? אם כן פרט: | |
| האם הנך מאושפז כעת בבית חולים? אם כן אנא פרט: | |
| האם נותחת או הנך לפני ניתוח? אם כן פרט מועד הניתוח ושם בית החולים: | |
| האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או מחלה ממושכת? אם כן, אנא פרט: | |
| 13. האם האירוע המזכה הינו עקב מעשה או מחדל של צד ג? אם כן פרט: | |
| 14. האם הגשת / ואו בכונתך להגיש תביעת נכות לגוף אחר כגון: קרן פנסייה, חברת בטוח, בטוח לאומי, וכו'. אם כן פרט. | |

X

חתימה

שם העמית

תאריך

הרינו להודיעך כי לאחר בדיקת המסמכים ע"י רופא הקרן רשאת הקרן לדרוש מהעמית השלמת פרטים ואו מסמכים שיידרשו בהתאם לצורך. לידעתך, זכאותך תיבדק בהתאם לתקנון הקרן והוראות ההסדר התחיקתי החל על קרן הפנסיה.

הודעות מאת העמית לחברה ישלחו ישירות למשרדי החברה

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 להגנה 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 הסייעודי, ו/או מצבי הנפשי, ו/או מצבי הפסיכיאטרי 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 למיטב דש גמל ופנסיה בע"מ (להלן: "המבקש"), ולמי מטעמה, את כל המידע המצוי בידיהם ובאופן שיידרש על ידי המבקש.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות והגורמים הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם, 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 אודותי שברשותם ובכל הנוגע למידע בדבר תשלומים ששולמו ו/או משולמים לי על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון.

הנני מוותר בזאת על סודיות כלפי המבקש, ולא תהיה לי אל כל המוסדות הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור למבקש.

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

| שם | מספר ת.ז. | |
|-------|----------------|--|
| מען | שם קופת החולים | |
| סניף | רופא מטפל | |
| תאריך | חתימה | |

עד לחתימה*

| שם עד לחתימה | מספר ת.ז. עד | |
|--------------|--------------------------|--|
| מספר רישיון | חותמת + חתימת העד (חובה) | |
| תאריך | | |

*עד לחתימה יכול להיות אחד מאלה המפורטים: עו"ד, רופא, עובד בנק בעל רישיון, עובד סוציאלי או סוכן ביטוח (עבור חתימת סוכן ביטוח יש לצרף רישיון סוכן ביטוח בתוקף).

אישור המעסיק על תקופת העסקה

| | |
|---------------|-------------|
| שם המעסיק | תיק ניכויים |
| מספר טלפון | מספר פקס |
| דואר אלקטרוני | |

| | | |
|--|--|----------|
| שם העובד: | | |
| מספר ת.ז.: | | |
| תפקיד: | | |
| אחוז משרה (לפני קרות אירוע נכות): | | |
| נא לפרט כמות שעות עבודה חודשיות / שבועיות / יומיות: | | |
| תקופת העסקה מתאריך: | עד תאריך (במידה והסתיימו יחסי עובד-מעביד): | |
| סיבה להפסקת עבודה: | תאריך סיום עבודה (עקב מחלה או תאונה, גם אם שולמו לאחר מועד זה דמי מחלה ע"י מעסיק): | |
| תשלום ע"ח ימי מחלה: כן / לא | בין התאריכים: | |
| ממשיך לעבוד: חלקית משרה לאחר קרות אירוע נכות (נא לפרט מספר שעות עבודה חודשיות/שבועיות/יומיות למשרה חלקית): | | |
| אחוז הפרשה לפנסיה: | | |
| ניכוי עובד: | הפרשות מעסיק: | פיצויים: |
| במידה ושולם שכר עבודה לאחר מועד אירוע נכות - נא לפרט בגין אילו רכיבי שכר (מחלה, חופשה, הבראה וכו'): הערות: | | |
| | | |
| | | |
| | | |

תאריך _____ שם ממלא הטופס ותפקידו _____

חתימה/ חותמת המעסיק: _____

דברי הסבר למילוי טופס 101 "כרטיס עובד"

מקבל/ת קצבה יקר/ה,

על פי הנחיות רשות המיסים, נדרש כל מקבל קצבה למלא טופס 101 בראשית כל שנת מס (שנת מס לעניין מס הכנסה מתחילה ב-1 בינואר כל שנה).

כל מקבל קצבה לרבות קטינים מחויב למלא טופס זה.

על סמך הנתונים אותם ממלא העובד בטופס 101, נקבעות נקודות הזיכוי המגיעות לו וכן שיעור המס השולי.

על פי תקנות מס הכנסה, בהיעדר מילוי הטופס, המעביד מחויב לנכות את המס המירבי.

להלן הדגשים למילוי הטופס:

1. יש לציין את שנת המס בחלקו העליון של הטופס.

2. סעיף א': פרטי מעביד - אין למלא סעיף זה.

3. סעיף ב': פרטי עובד - פרטיו האישיים של מבקש הקצבה.

4. סעיף ג': פרטי ילדים עד גיל 19 - יש למלא רק במידה ויש ילדים מתחת לגיל 19.

5. סעיף ד': פרטים על הכנסות ממעביד זה - יש לסמן "קצבה".

6. סעיף ה': פרטים על הכנסות נוספות -

- במידה והקצבה ממיטב דש הינה הכנסה היחידה יש לציין זאת.

- במידה ויש הכנסות נוספות יש לציין זאת ולפרט את סוג ההכנסה.

שים לב כי קצבאות זקנה שארים או נכות המשולמות

ע"י ביטוח לאומי אינן נחשבות כהכנסה נוספת ואותן אין

צורך לציין בסעיף זה.

אם ציינת כי יש לך הכנסה נוספת יש לפנות לפקיד שומה

על מנת לבצע תיאום מס. אחרת ינוכה מקצבתך מס מירבי.

7. סעיף ו': פרטים על בן/בת זוג - פרטים אישיים של בן/בת זוג במידה ויש.

8. סעיף י': דף 2 (מאחור) הצהרת מקבל קצבה - חובה לחתום ולציין תאריך.

ה. פרטים על הכנסות אחרות

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1) | <input type="checkbox"/> משכורת חודש (2) |
| <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן: | <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3) |
| <input type="checkbox"/> קצבה (6) | <input type="checkbox"/> מלגה (3) |
| <input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4) | <input type="checkbox"/> ממקור אחר |
| <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5) | |

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(7)

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו(8)

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בניין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בניין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת(9)

אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בניין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות



כרטיס עובד⁽¹⁾

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

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"כ המונה 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 |
| | | | 9 |

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

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

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

| | | | | | |
|---|---|---|----|-----------|------------|
| סמך/י $\sqrt{}$ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתן בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל | 1 | 2 | שם | מספר זהות | תאריך לידה |
| | | | | | |

- ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה
- 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⁾
- תאריך תחילה העבודה⁽¹⁾ בשנת המס

ה. פרטים על הכנסות אחרות

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

ו. פרטים על לבן/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/קצבה/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 |
| | | / / | |
| | | / / | |
| | | / / | |

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבועה/ בישוב מזכה⁽¹³⁾ 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 שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדשה/ת - תעודת עולה.

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 עיוורת/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.
 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 הורה (למעט הורה אשר סימן בפקסה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹²⁾.
 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⁽¹²⁾ לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

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

12 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

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, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמ'י/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⁽¹⁾ כמפורט להלן:
ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)

| שם | כ ת ו ב ת | מספר תיק ניכויים | סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר) | הכנסה חודשית | המס שנוכה |
|----|-----------|------------------|----------------------------------|--------------|--------------|
| | | 9 | | | (לפי תלושים) |
| | | 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 שהשמטה 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 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת.
- (2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) 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.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.

מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 9-2016, מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות בקרן הפנסיה שבניהול "מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ" (להלן: "החברה המנהלת").

ניתן לקבל העתק ממערכת כללים זו מהחברה המנהלת או להדפיס אותה ישירות מאתר האינטרנט שכתובתו: www.meitavdash.co.il. החברה תפעל בכל הקשור לבירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור על פי האמור במערכת הכללים זו, כמפורט להלן:

1. הגדרות:

במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלקמן:

- (א) יום עסקים - יום עסקים ע"פ חוק השקעות משותפות בנאמנות התשנ"ד 1994.
- (ב) **תביעה** - דרישה מן החברה המנהלת למימוש זכויות לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור.
- (ג) **תובע** - מי שהציג את התביעה לחברה המנהלת, למעט גוף מוסדי.
- (ד) **מומחה** - בין אם הוא עובד של החברה המנהלת ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי, ועדה רפואית או רופא הקרן הפועלים מכוח תקנון קרן הפנסיה.
- (ה) **מסירה** - לרבות במקרה ואישר העמית מסירה באמצעות דואר אלקטרוני ו/או פקסימיליה.

2. תחולה

מערכת כללים זו חלה על תביעות בגין סיכוני נכות ומוות בלבד בהתאם לתקנון קרן הפנסיה.

3. מועד תחילה

תחילתה של מערכת כללים זו ביום **1/6/2011**. מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר המועד הנקוב לעיל.

4. עקרונות יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור

מבלי לגרוע מהוראות כל דין, החברה המנהלת תברר ותיישב תביעות ותטפל בפניות ציבור בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.

5. מסמכים ומידע בבירור תביעה

(א) עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה אל החברה המנהלת או למי מטעמה, יימסרו לפונה בהקדם האפשרי המסמכים המפורטים להלן:

(1) העתק ממערכת כללים זו;

(2) מסמך המפרט את הליך בירור התביעה ויישובה;

(3) הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע;

(4) פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור ויישוב תביעה;

(5) טופס הגשת תביעה - והנחיות לגבי מילוי;

(6) הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה;

(ב) יש באפשרותו של הפונה לעיין במסמכים המפורטים לעיל באתר האינטרנט של החברה המנהלת.

(ג) החברה המנהלת תמסור לתובע בהקדם האפשרי הודעה בכתב המפרטת מהם המסמכים שהתקבלו אצלה לצד מועד קבלתם ויפורטו בה המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע.

(ד) אם יידרשו לחברה המנהלת מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור תביעה, יידרשו מסמכים אלו תוך 14 ימי עסקים מהיום שיתברר הצורך בהם.

(ה) החברה המנהלת לא תדרוש מתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן לחברה המנהלת יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.

* הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

6. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה המנהלת תמסור לתובע, בתוך 30 ימים מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה ו/או מהמועד שבו נתקבל אצלה טופס תביעה מלא כנדרש על ידה (לפי המאוחר מבין השניים), עדכון בדבר מצב הטיפול בתביעה.

עדכון כאמור יכול שיהיה בדבר תשלום התביעה באופן מלא או חלקי, המשך טיפול או הפסקת טיפול בתביעה, או דחיית התביעה. * הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

7. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

(א) אם קיבלה החברה המנהלת החלטה על תשלום התביעה, תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב שתכלול התייחסות לנושאים הבאים או הפנייה למסמכים המתייחסים לנושאים הללו ומצורפים להודעה:

(1) לגבי תשלום חד פעמי:

א. עילת התשלום;

ב. פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב;

ג. סכום המס שנוכה במקור, הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה;

ד. פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהחברה המנהלת בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי התקנון או הדין קוזזו מהתשלום;

ה. פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברה המנהלת מאת התובע;

ו. פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שניים במחלוקת אם שולמו כאלה;

ז. סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה;

ח. הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה;

ט. הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;

י. סכום התשלום בפיקוד וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור;

יא. המועד שבו היו בידי החברה כל המידע והמסמכים הדרושים לביורר התביעה;

(2) לגבי תשלום עיתי (לרבות קצבה) יפורט, במועד התשלום הראשון (בנוסף לאמור בפסקה (א) לעיל)-

א. סכום התשלום הראשון;

ב. מנגנון עדכון תשלומים;

ג. המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום;

ד. משך התקופה המרבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות התקנון או הדין;

ה. משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות;

ו. הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;

ז. מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים;

(ב) אם נתקבלה החלטה על תשלום חלקי של תביעה, תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב הכוללת שני חלקים כמפורט להלן:

(1) החלק הראשון, שיפרט את מרכיביו של התשלום שאושר בהתאם למפורט לעיל.

(2) החלק השני, שיפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.

(3) בכל מקרה בו נתקבלה החלטה על תשלום התביעה, לא יהיה צורך במשלוח המסמכים המפורטים בסעיף ה' לעיל, למעט העתק ממערכת כללים זו.

(4) בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.

8. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

(א) אם יידרש לחברה המנהלת זמן נוסף לשם בירור התביעה, תימסר לתובע הודעה בכתב על כך ויפורטו בה הסיבות בגין נדרש זמן נוסף כאמור וכן, המידע או המסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע לשם בירור התביעה.

(ב) הודעת המשך בירור כאמור תימסר לתובע לפחות כל 90 ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה, לפי עניין, למעט במקרים הבאים:

(1) אם פנה התובע לערכאות משפטיות;

(2) אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו 2 הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צוין כי "לא יישלחו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת".

* הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

9. הודעה בדבר התיישנות תביעה

(א) הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה, והודעת המשך בירור ראשונה תיכלל פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה לחברה המנהלת אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

(ב) כל הודעה אחרת הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקה בדבר התיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח, וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.

(ג) לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את החברה במנהלת כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה למסור הודעה הכוללת את פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות - לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (כל זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב).

(ד) אם לא נכללה פסקה בדבר ההתיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את החברה המנהלת כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת הודעה הראשונה בשנה האמורה לבין מועד שליחת הודעה הכוללת פסקת - התיישנות ומועד התיישנות לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (גם זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות).

* הוראות סעיף זה לא יחלו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

10. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:

(א) להשיג על החלטה וכן מהי הדרך להגשת השגה, ככל שנקבעו בתקנון, לרבות זכותו של התובע להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.

(ב) להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור בחברה וכן את פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.

(ג) להביא את השגתו בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

* הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית המשפט.

11. בדיקה מחודשת של זכאות

(א) חברה מנהלת המבקשת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.
(ב) הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי, וכן יפורטו באתר האינטרנט.

(ג) אם תידרשנה עלויות לצורך בדיקה מחדש של כאמור לעיל, התובע לא יישא בהן.

(ד) במקרה בו כתוצאה מבדיקה מחודשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים עיתיים המשולמים לתובע, ייעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בתקנון, ובהעדר תנאים שנקבעו, תימסר לתובע הודעה על השינוי לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר מ-60 ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. הודעת השינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד ההחלטה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחייבים בכל מקרה ייעשה השינוי רק לאחר שנמסרה לתובע הודעה על הכוונה להקטין או להפסיק את התשלומים, למען הסר ספק, אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותה של החברה המנהלת לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי האמור.

12. בירור תביעה בעזרת מומחה

(א) החליטה החברה המנהלת להיעזר לשם בירור תביעה במומחה בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תימסר על כך הודעה מראש לתובע, במסגרתה יובהר לתובע תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ויימסר לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת מומחה (למעט אם מדובר בחוקר במסגרת חקירה סמויה).

(ב) מומחה כאמור לעיל לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יציע פשרה אלא אם מדובר בעובד החברה המנהלת, שעיקר עיסוקו יישוב תביעות.

13. חוות דעת מומחה

(א) חוות דעת של מומחה שעליה תסתמך החברה המנהלת לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.

(ב) חוות דעת של מומחה כאמור לעיל לא תתייחס במישרין לזכות העמית לקבלת תשלומי פנסיה.

(ג) ככל שתסתמך החברה המנהלת על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תימסר חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו או בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע לחברה המנהלת או למומחה מטעמו לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת (הודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו).

(ד) אם מדובר בחוות דעת מומחה שהיא חסויה על פי דין תימסר לתובע הודעה בכתב הכוללת הסבר מדוע מדובר בחוות דעת חסויה.

14. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

החברה המנהלת תשיב בכתב לכל פניה בכתב של עמית או תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בחברה המנהלת, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר מ-30 ימים ממועד קבלת הפניה.

15. מתן העתקים

(א) החברה המנהלת תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן התקנון, בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
 (ב) למרות האמור לעיל, ניתן להפנות את התובע לנוסח התקנון שנמצא באתר האינטרנט.
 (ג) החברה המנהלת תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר נמסר לה על ידי התובע, או מכל מסמך אשר התקבל אצלה מכוח הסמכת התובע, בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

16. הודעת דחייה

החליטה החברה המנהלת על דחיית תביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב (להלן: "הודעת הדחייה"). נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי או הוראות הדין אשר בשלם נדחת התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.

17. שמירת מידע ומסמכים

(א) החברה המנהלת תשמור לעצמה את כל המידע והמסמכים הנוגעים לעמית, כל עוד מנוהל חשבון על שמו באותה הקרן, ולמשך תקופה של לפחות שבע שנים לאחר שחדל להיות מנוהל חשבון על שם העמית כאמור.
 (ב) מבלי לגרוע מהוראות סעיף קטן (1) לעיל, החברה המנהלת תשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לתביעה על פי התקנון, למשך תקופה של לפחות שבע שנים ממועד היישוב הסופי של התביעה.
 (ג) מבלי לגרוע מהוראות סעיף קטן (1) לעיל, החברה המנהלת תשמור בגין כל תביעה רשומה הכוללת לפי העניין, את שם התובע, שם העמית, סוג ומהדורת התקנון, מספר החשבון בקרן הפנסיה, מועד תחילת ביטוח ומועד סוף ביטוח, מספר התביעה, אופן ומועד היישוב הסופי של התביעה (תשלום, תשלום חלקי או דחייה).
 (ד) בתשלום או בתשלום חלקי שהוא תשלום עיתי - ישמרו גם מועד וסכום התשלום הראשון, תקופת התשלום ומנגנון ההצמדה.

18. שמירת דינים

למען הסר ספק מובהר בזאת כי -
 (א) הוראות חוזר זה ומערכת כללים לפי חוזר זה מוסיפות על הוראות כל דין, לרבות ההוראות הקבועות בחוזרים אחרים, ואין בהן כדי לגרוע מהוראות כל דין כאמור.
 (ב) אין בהוראות חוזר זה ומערכת כללים לפי חוזר זה כדי לגרוע מזכותו של העמית על פי כל דין.

סיכום המועדים בהתאם למערכת הכללים המצורפת:

| המועד | הפעולה |
|--------------|---|
| 14 ימי עסקים | דרישה מידע ומסמכים נוספים מהיום שהתברר הצורך בהם |
| 30 ימים | לאחר קבלת כל המסמכים מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו |
| כל 90 ימים | מסירת הודעת המשך בירור |
| 30-60 ימים | מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם |
| 14 ימי עסקים | מסירת העתק מפסק דין או הסכם |
| 30 ימים | מענה בכתב לפניית ציבור |
| 14 ימי עסקים | מסירת העתקים מתקנון |
| 21 ימי עסקים | מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע |