

נספח לטופס בקשת תשלום פנסיית נכות (512065202-00000000000163-0000-000)

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

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

3. פרטי אילוס

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 _____ /

שכרך 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 ו/או 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 ו/או 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