

תביעה לתשלום פנסיית שאירים מקרן הפנסיה הכללית

512065202-0000000000660-0000-000

בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ובכפוף להוראות הדיון, הנני מבקש בזאת לשלם לי פנסיה כדלקמן:

1. פרטי מילוי המידע

זכר / נקבה	תאריך לידה	מספר זהות	שם משפחה ופרטי
מין			
מיקוד	כתובת	טלפון בית	טלפון בעבודה
הקרבה למנוח	טלפון נייד	טלפון בעבודה	טלפון בית

2. פרטי מילוי

הריני להודיעכם כי ביום ____ / ____ / ____ נפטר:

שם המשפחה ופרטי	מספר זהות	שם המעסיק וכתובתו
שהיה: <input type="checkbox"/> מבוטח <input type="checkbox"/> פנסיונר בקרן הפנסיה <input type="checkbox"/> סיבת המוות: <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> אחר: _____		

3. פרטי מילוי פנק' אג'וא

שם הבנק ומספרו	מס' סניף	מס' חשבון	שם בעל החשבון	מספר זהות
חשבון הבנק הוא על שמי ושותפים בו:				
מספר זהות	שם מלא	קרבה	שם מלא	קרבה
מספר זהות	שם מלא	קרבה	שם מלא	קרבה

4. מילון פנסיה

האם ברצונך להוון עד 25% מהפנסיה שלך: לא כן, ברצוני להוון % ____ מהפנסיה לתקופה של ____ שנים.

5. הצהרה אמינות

הנני הח"מ מצהיר בזאת כדלקמן:

- כל הנתונים שנמסרו על ידי ו/או על ידי מי מטעמי בטופס זה ו/או בכל מסמך נלווה הינם נכונים ומלאים.
- הנני מתחייב בזאת להמציא לכם כל מסמך נוסף, תעודה ומידע שאדרש בקשר עם תביעתי לתשלום הפנסיה הנ"ל

חתימת מבקש הפנסיה X תאריך _____