מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337942
מייל לשליחת מסמכים: tp@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

הנחיות להגשת בקשה לקבלת פנסיית נכות – הפניקס פנסיה וגמל בע"מ

עמית יקר,

לנוחיותך, אוגדן מסמכים שמרכז את המידע הנדרש לשם הגשת תביעה ומקל עליך את הגשתה.

בכדי שנוכל לטפל בפנייתך בהקדם האפשרי, עליך לצרף לבקשה את המסמכים הבאים:

1. טופס בקשה לקבלת פנסיית נכות מלא וחתום (טופס זה).
2. צילום ברור וקריא של תעודת הזהות.
3. צילום ברור וקריא של המחאה בנקאית או לחלופין אסמכתא בנקאית הכוללת את פרטי חשבון הבנק.
4. **מס הכנסה** – טופס 101 של מס הכנסה מלא וחתום. לתשומת לבך, על פי הנחיות רשות המיסים, ניכוי המס מתבצע על פי הצהרתך בטופס 101. כמו כן, במידה והקצבה שתשולם לך מחברתנו אינה הכנסתך היחידה, הנך נדרש בנוסף לפנות לפקיד השומה באזור מגוריך לביצוע תיאום מס בהתאם.

   במקרים בהם לא יועבר טופס 101 תקין / אישור פקיד שומה ינוכה מס מירבי מתשלום הקצבה כמתחייב בחוק.

   במידה וברשותך קרן פנסיה מקיפה וקרן פנסיה משלימה עליך להעביר תאום מס.
6. **ביטוח לאומי** – אישור פטור מתשלום מביטוח לאומי במידה ויש ברשותך.

   לידיעתך, קצבת נכות חייבת בדמי ביטוח לאומי ומס בריאות, באפשרותך לפנות לביטוח לאומי לברור זכאותך ולקבלת פטור.
7. **אישורי העסקה** של המעסיק המפרט את אחוזי המשרה או מועד הפסקת עבודה בפועל, לרבות תאריך חזרה לעבודה, ככל שישנו.
8. **דמי אבטלה** – ככל שהנך מקבל דמי אבטלה יש להעביר פירוט תשלומי ביטוח לאומי.
9. **מסמכים רפואיים**, חוות דעת מרופא משפחה ומרופאים מומחים, סיכומי מחלה מבתי חולים וכל חומר רלבנטי נוסף. במקרה של שמירת הריון, סיכום לידה, תעודת לידה ואישור ביטוח לאומי לשמירת הריון. כמו כן מסמכים המעידים על נכות סיעודית ככל וישנה, מסמכים רפואיים המוכיחים כי אינך יכול לבצע בכוחות עצמך את הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט עלה סוגרים ולהתנייד או שישנה פגיעה קוגניטיבית שסיבתה רפואית ודורשת השגחה ברוב שעות היממה.

   שים לב, עליך להעביר אישורי מחלה המעידים על 90 ימי מחלה רצופים לפחות.
10. **טופס הסכמה לויתור סודיות רפואית,** לידיעתך, הטופס חייב להחתם בפני רופא, עורך דין או סוכן ביטוח בעל רשיון פנסיוני בצרוף תעודת סוכן (חשוב, שתאריך חתימתך וחתימת העד יהיו זהים).
11. **במקרה של תאונת עבודה,** עליך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי ולהמציא לקרן את כל מסמכי התביעה, לרבות מסמכי ביטוח לאומי בהם מפורט השכר הרבע שנתי, על פיו חושבה הגמלה וכן אחוזי הנכות שקבע לך המוסד לביטוח לאומי, בנוסף עליך להעביר 12 תלושי שכר אחרונים שקדמו למועד האירוע.
12. במקרה של תאונת דרכים עליך להמציא לקרן אישורים ממוסדות ממשלתיים.
13. במידה והינך מיוצג על ידי עורך דין, עליך להעביר יפוי כח המופנה להפניקס פנסיה וגמל בע"מ.
14. **במקרה ולא נצברה תקופת אכשרה (60 חודשים בקרן) והמבוטח נפטר** – יש להעביר אישור על סיבת הפטירה, סיכום דוח פטירה מבית חולים, דוח משטרה ככל וקיים, דוח ניתוח לאחר פטירה ככל וקיים.

עם המצאת מלוא המידע והמסמכים כשהם מלאים וחתומים כנדרש, תועבר התביעה להמשך טיפול על ידי מחלקת תביעות פנסיה.
אי המצאת מלוא המידע והמסמכים הנדרשים עלולה לעכב את הטיפול בתביעה ואף להביא להפסקת הטיפול בה ולסגירתה.

את המסמכים ניתן להעביר לקרן הפנסיה בכל אחת מהדרכים הבאות:

- באופן דיגיטלי בקישור: https://dipclaim.fnx.co.il/home
- לתיבת דוא"ל: tp@fnx.co.il
- באמצעות פקס: 03 – 7337942
- באמצעות סוכן הביטוח שלך.
- באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס פנסיה וגמל בע"מ – מחלקת תביעות פנסיה
  דרך השלום 53 גבעתיים 5345433

לתשומת לבך, את הטפסים ומערכת הכללים לחוזר בירור ויישוב תביעות ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: **www.fnx.co.il.**

בברכה,
מחלקת תביעות פנסיה
הפניקס פנסיה וגמל בע"מ

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337942
מייל לשליחת מסמכים: tp@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

בקשה לקבלת פנסיית נכות – הפניקס פנסיה וגמל בע"מ

שם הקרן: ○ הפניקס פנסיה מקיפה ○ הפניקס פנסיה משלימה

* בהיעדר סימון, יראו בבקשת תשלום פנסית נכות כמתייחסת לשתי קרנות הפנסיה.

פרטים אישיים של המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ת.ז.

מין	מצב משפחתי	טלפון נייד	קופת חולים
○ זכר ○ נקבה	○ רווק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן		

כתובת (רחוב)	מס׳	יישוב	מיקוד	ת.ד.	טלפון

פרטי התקשרות

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: בדואר ישראל או בדואר אלקטרוני. נא הודיענו מהו אמצעי ההתקשרות המועדף עליך. לתשומת לבך, לצורך קבלת הודעות ומסמכים באמצעות דואר אלקטרוני יש להעביר לחברתנו מספר טלפון נייד בצירוף לכתובת הדואר האלקטרוני. בהיעדר קבלת עדכון בחברתנו על אמצעי ההתקשרות המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך באמצעות דואר ישראל .
בחירה במשלוח הודעות באמצעות דואר אלקטרוני תכלול את כל המסמכים הרלוונטיים לתביעה, לרבות מכתבים הנוגעים לנושא "מקבלי קצבאות השוהים בחו"ל" ותסייע לחברה להעניק לך את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

○ כתובת דוא"ל _____

לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד. מספר טלפון נייד _____לקבלת קוד כניסה לדוא"ל.

○ דואר ישראל לכתובת _____ מיקוד _____

○ אבקש כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות פנסיה עתידיות.

פרטי סוכן/פרטי מעסיק

שם הסוכן	שם המעסיק	טלפון מעסיק

הצהרת מבוטח – אישור קבלת תכתובות מהמבטח גם באמצעות הסוכן

הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען נוסף לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס, חוות דעת רפואית וכל מסמך שהוא הקשור לתביעתי.

תאריך		חתימת המבוטח/האפוטרופוס
		✗

פרטים על עיסוקך והשכלתך

פרט את עיסוקך השונים בחמש שנים אחרונות שקדמו למועד האירוע: _____

○ השכלה תיכונית _____ ○ מקצועית _____ ○ אקדמאית _____ ○ אחר _____

האם חזרת לעבודה? ○ כן ○ לא ○ מקבל דמי אבטלה ○ כן* ○ לא

* שים לב עליך לצרף אישור המעסיק המפרט את אחוזי המשרה או הפסקת עבודה בפועל וכן את תאריך החזרה לעבודה ככל שישנו.

* אם סימנת קבלת דמי אבטלה, נא לצרף דוח פירוט תשלומי דמי אבטלה מביטוח לאומי.

מועד חזרה לעבודה במשרה מלאה	מועד חזרה לעבודה במשרה חלקית	עיסוק נוכחי – חובה לציין	אחוזי משרה – חובה לציין	עיסוק לפני האירוע – חובה לציין

פרטי האירוע מחלה/תאונת עבודה שים לב, חובה למלא סעיף זה

○ תאונה עבודה ○ מחלת מקצוע
○ רפואי/מחלה ○ שמירת הריון

תאריך אבדן כושר העבודה / פריצת המחלה/תאונה	הוגשה תביעה לביטוח לאומי ○ כן ○ לא	תאריך הפסקת עבודה

תאור קצר של נסיבות הפגיעה / מחלה:

_____

_____

הפניקס

מערך תביעות

פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337942
מייל לשליחת מסמכים: tp@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

שמירת הריון – נא לסמן את בחירתך המתייחסת לשמירת הריון. אם מועד האירוע חל לאחר ה– 1.6.2018 לא ניתן למלא סעיף זה.

○ הנני מעוניינת בקבלת פנסיית נכות ודמי גמולים (שחרור) בתקופת הנכות.

○ הנני מעוניינת בקבלת דמי גמולים בלבד (שחרור).

בהעדר סימון, ברירת המחדל הינה לקבלת פנסיית נכות ודמי גמולים (שחרור)

זימון לוועדה רפואית (בהעדר סימון המבוטח לא יזומן לוועדה הרפואית) – אם מועד האירוע חל לאחר 6.2018 לא ניתן למלא סעיף זה

○ הנני מעוניין להיות נוכח בוועדה הרפואית

○ הנני מעוניין כי הוועדה הרפואית תתקיים ללא נוכחותי, על בסיס המסמכים הרפואיים שבידי הוועדה.

בדיקת זכאות לקצבה ממקור אחר

נא סמן האם הנך זכאי לקבל קצבה מגורם אחר, יש לסמן את הגורם המתאים. אם אינך זכאי לקבלת קצבה ממקור אחר אנא סמן את בסעיף המתאים.

○ פרק ה' (תאונות עבודה) לחוק הביטוח הלאומי, התשנ"ה– 1995.

○ "חוק הנכים" – חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט – 1959.

○ חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל– 1970.

○ חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א– 1981.

○ חוק שירות בתי–הסוהר(נכים ונספים), התשמ"א – 1981.

○ איני זכאי לקצבה ממקור אחר כמפורט לעיל.

ככל שתשובתך חיובית והוגשה תביעה ל"מקור אחר", עליך לצרף את מסמכי ההחלטה ואת פירוט התשלומים ששולמו לך, כחלק בלתי נפרד ממסמכי הבקשה לפנסיית נכות.
במידה וטרם התקבלה ההחלטה בעניינך על ידי הגורם האחר כאמור, עליך לצרף אישור רשמי על הגשת תביעה מהגורם אליו הוגשה התביעה. בהתאם להוראות הדין, ככל שלא תוגש תביעה ל"מקור אחר", תשולם לך קצבה חלקית בהתאם לתקנון קרן הפנסיה.

בקשה לקבלת תשלום מקדמה

במקרה של הגשת תביעה לקבלת קצבה מ"מקור אחר" וטרם נתקבלה החלטה בגינה, באפשרותך לקבל מקדמה בהתאם להוראות חוזר פנסיה שמספרו 1-3-2015.

ידוע לי שככל שאהיה זכאי לקבל קצבה "ממקור אחר" וסכום המקדמות שישולם לי מהקרן עולה על הסכום לו אני זכאי בהתחשב בקצבה "ממקור אחר" תהיה הקרן זכאית לגבות את הכספים ששולמו לי ביתר (בתוספת הפרשי הצמדה למדד) מהקצבאות העתידיות שישולמו לי או מיתרתי הצבורה בקרן.

הנני מעוניין לקבל מקדמה

תאריך	שם המבוטח	ת.ז.	חתימת המבוטח
			✗

הוראה לתשלום

אבקש להפקיד את הסכום פנסיית הנכות ב:

שם הבנק	סניף	חשבון	שם בעל החשבון

דמי גמולים – שמירה על כיסוי ביטוחי

לידיעתך, ככל שנקבעה לך נכות חלקית (נמוכה מ- 100%), בכדי לשמור על הרצף הביטוחי והכיסוי הביטוחי עליך להשלים את דמי הגמולים בגין תקופת הנכות הנ"ל.
אי תשלום דמי הגמולים יפגע משמעותית בכיסוי הביטוחי שלך לנכות (אובדן כושר עבודה) ולשאירים (במקרה פטירה חו"ח), כמו כן ייפגע המשך הצבירה הפנסיונית לפנסיית זקנה.
הפגיעה בכיסוי הביטוחי לנכות עשויה למנוע ממך לתבוע פנסיית נכות בעתיד, ובמקרה של פנסיית נכות חלקית – למנוע ממך לתבוע הגדלת הפנסיה עקב החמרה בנכות.
ככל שאושרה לי נכות חלקית
נא סמן את האפשרות המבוקשת :

○ להשלים את דמי הגמולים במלואם באמצעות תשלום בהוראת קבע

○ לשמור על הכיסוי הביטוחי באמצעות ניכוי הכיסוי הביטוחי מתוך הצבירה בקרן הפנסיה

○ אינני מעוניין להשלים את דמי הגמולים

לעדכון הוראת קבע יש לפנות למוקד שירות הלקוחות 3455*.

מערך תביעות

פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337942
מייל לשליחת מסמכים: tp@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

הצהרות המבוטח

1. הריני מצהיר כי כל הנתונים והפרטים שמסרתי מלאים ונכונים.
2. אני מאשר כי המידע שמולא ונימסר על ידי בטופס זה או שימסר בעתיד על ידי בהקשר למילוי או להשלמת טופס זה, נימסר מרצוני החופשי ובהסכמתי המלאה.
3. אני מאשר לבצע בדיקה במאגרי מידע אחרים בחברה או בקבוצה לצורך בדיקת זכויותי בקשר לתביעה שהוגשה.
4. ידוע לי כי המידע ישמש לצורך תיפעול, ניהול, טיפול ושירות בנושא התביעה שהוגשה על ידי.
5. ידוע לי כי זכויותיי נקבעות על פי התקנון, וכי אם אוכר כזכאי לפנסיית נכות לא אוכל למשוך את מרכיב התגמולים למשך תקופת הנכות*, ולרבות במקרה שפנסיית הנכות תשולם לי עד לגיל המוקדם בשנתיים מגיל הזכאות לפנסיית זקנה.

   *בנכות מתאריך אירוע 6.2018 ניתן לבצע משיכה מרכיב התגמולים עם תום תקופת הנכות.
6. ידוע לי כי אם יתברר שהפרטים שמסרתי כולם או חלקם אינם מלאים או נכונים תהיה החברה רשאית לבטל את זכויותיי לפנסיה, לרבות קיזוז הסכומים ששלמה לי מהסכומים העומדים לזכותי בקרן.
7. הריני מתחייב לדווח לכם על הכנסותיי מעבודה לרבות תשלומים ותשלומים שאקבל מחברות ביטוח, קרנות פנסיה וכו'.
8. ככל שהאירוע הביטוחי ייחשב כתאונת עבודה על-פי הגדרתה בחוק הביטוח הלאומי, אזי הסכומים שישולמו לי בגין התאונה מהמוסד לביטוח לאומי ינוכו מסכומי פנסיית הנכות, וככל שהסכומים מהביטוח הלאומי יעלו על תקרת ההכנסה הקובעת לנכות ושארים, ייתכן ולא אהיה זכאי לסכומים כלשהם כפנסית נכות.
9. הריני מתחייב להמציא לפניקס כל מסמך, טופס, בקשה, החלטה, תעוד רפואי, מכתב, וכו' שאמסור או אקבל מהמוסד לביטוח לאומי ולרבות פירוט כספים ותשלומים שקיבלתי או אקבל מהמוסד לביטוח לאומי בקשר עם אובדן כושר עבודתי.
10. הריני מתחייב כי ככל שאקבל כספים מקרן הפנסיה ולאחר מכן יתברר כי סכומי הפנסיה אותם קיבלתי היו גבוהים מאלה שהייתי אמור לקבל, לרבות עקב הכרת המוסד לביטוח לאומי בתאונה כתאונת עבודה, אשיב את הכספים ששולמו ביתר לידי הפניקס בתוספת הצמדה וריבית כחוק מיד עם דרישתה הראשונה. הנני מסכים כי לפניקס תעמוד הזכות לקזז כל סכום בהקשר זה מכל סכום או זכות שתגיע לי או למי מטעמי.
11. ככל שתדחה בקשתי בנוגע לתביעת התשלומים המגיעים לי לפי הוראות חוק הביטוח הלאומי מן המוסד לביטוח לאומי, הריני מתחייב לערער בנוגע לדחיית תביעתי בפני הערכאה המוסמכת, ו/או להעניק לפניקס את זכות התחלוף לפיה הפניקס תהא רשאית לערער בשמי בפני הערכאה המוסמכת, והסכמתי כאמור תהווה הוראה בלתי חוזרת לניכוי הסכומים כאמור.
12. הריני מתחייב להודיע לכם מיד על כל החלטה שתתקבל בעניין התביעה שאגיש נגד המוסד לביטוח לאומי או פסק דין שיינתן בתביעה כאמור.
13. ידוע לי כי ככל שאהיה זכאי לפנסיית נכות הנמוכה מפנסיית המינימום כמוגדר בתקנון (פנסיה בגובה 5% מהשכר הממוצע במשק), יגבו דמי ניהול בשיעור של 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין הפנסיה המשולמת בפועל (ברוטו).
14. אני מתחייב כי במידה ובעת תקופת תשלום הקצבה אשהה מחוץ לישראל למשך תקופה העולה על 6 חודשים אעדכן בכך את הפניקס, אמסור לה פרטים ליצירת קשר עימי בתקופת שהותי מחוץ לישראל ובנוסף אעביר להפניקס 'אישור חיים' על פי נהלי הפניקס וזאת אחת ל-6 חודשים.

תאריך	שם המבוטח	חתימת האפוטרופוס / המבוטח
		✗

הצהרת מבוטח – הנני מאשר כי ברשותי הכללים ואיגרת קרן הפנסיה הרלוונטית

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

תאריך		חתימת המבוטח/האפוטרופוס
		✗

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337942
מייל לשליחת מסמכים: tp@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א׳

***פרטי המבוטח**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב

כתובת (רחוב)	מס׳	יישוב	מיקוד	טלפון

הנני החתום מטה נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאיהן,עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון - השתלשלות פרופיל ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין - למשרד הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי- חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביח׳ גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור להפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן:"המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או מצבי הפסיכיאטר ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב.

כמו כן אני נותן לרשות כל אחת מחברות הביטוח ו/או חברות מנהלות של קרנות הפנסיה למסור כל מידע רפואי, מידע המתייחס לביטוחים ו/או לכיסויים ביטוחיים ולרבות החלטות רפואיות, פרוטוקולים של ועדות רפואיות וחוות דעת מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק וסכומים להם אני זכאי מהחברות האמורות בגין תביעותיי ותקופת נכות שנקבעו בגין מצב הרפואי.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות חולים ו/או כל רופא מרופיאהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביח׳ גהה ו/או למרפאות בריאות הנפש ו/או למשרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פיסיאטרים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם וישלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני שירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת המידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופיאהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו בחלק ב׳ שלהלן:

תאריך	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	חתימת המבוטח / שאיר
				✗

חלק ב׳

שם קופ"ח	שם קופ"ח קודמת

נותני השירותים שיפורטו להלן:

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

עד לחתימה (עו"ד/רופא/סוכן ביטוח) - חובה למלא סעיף זה ולהחתימו על ידי העד לחתימה

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.

מס׳ רישיון למילוי על ידי הגורם שחותם	חתימה וחותמת (כולל מס׳ רישיון)
	✗

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337942
מייל לשליחת מסמכים: tp@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

ניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות מתשלומי פנסיית נכות

בעקבות תיקון סעיף 345 ב' בחוק הביטוח הלאומי, חלה חובה על חברות הביטוח , החל מחודש פברואר 2004, לנכות דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות מקצבה המשולמת לעובד שכיר או למי שהיה עובד שכיר.

השיעור המקסימלי לניכוי הוא 11.79% מתשלום הקצבה החודשית ועד להכנסה החודשית מקסימלית של 43,240 ש"ח.

1. במידה והינך נכה לצמיתות ומקבל קצבת נכות- אנא פנה למוסד לביטוח לאומי לבדיקת זכאותך וקבלת אישור מתאים על פטור (טופס 618).
2. במידה והינך אישה נשואה ואינך עובדת - הינך מתבקשת למלא טופס 101 ולחתום על טופס 619 (לגבי שנים קודמות) - מצ"ב.
3. במידה ואין לך הכנסות נוספות - הינך מתבקש למלא טופס 101 ולחתום על ההצהרה המצ"ב (לגבי שנים קודמות).

לכבוד

הפניקס פנסיה וגמל בע"מ

דרך השלום 53 גבעתיים 5345433

פקס: 03-7337942 או מייל תביעות tp@fnx.co.il

הנדון : חובת ניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות

פרטי המבקש/ת : _____ ת.ז. _____

אבקש לפטור אותי מתשלום מס על הקצבה / לגבות מס מופחת מאחר ו:

__ הנני אישה נשואה - עקרת בית ואינני עובדת מחוץ לביתי - מצ"ב טופס 619.

__ אני מצהיר/ה כי מלבד הקצבה מחברתכם אין לי הכנסות נוספות כלשהן החל מיום _____ ועד לסוף שנת המס הנוכחית, ולפיכך אבקש לנכות דמי ביטוח לאומי מופחת בשיעור של 3.49% בלבד מתשלומי הקצבה. (כפוף לתקנות המוסד לביטוח לאומי). הנני מתחייב לעדכן את חברתכם ככל ויחול שינוי בהצהרתי דלעיל.

בכבוד רב

_____ _____

תאריך חתימת המבקש

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337942
מייל לשליחת מסמכים: tp@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים
סניף_____

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות סוג המסמך 0 דפים

לכבוד

_____
_____
_____

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה
לאישה נשואה

1 פרטי המבקשת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	
	❑ אני מאשרת קבלת הודעות SMS	❑ אני מאשרת קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____

2 הצהרה

הנני מצהירה בזאת כי:

❑ אינני עובדת מתאריך _____ .

❑ אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".

לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.

אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.

תאריך _____ חתימת המבקשת ✕_____

בל/ 619 (12.2016)

הסבר למילוי טופס 101

הסבר למילוי דף מס׳ 1		
כותרת	שנת מס	ציין את שנת המס הנוכחית
סעיף א׳	פרטי המעביד	יש למלא סעיף את פרטי הפניקס כמעסיק במידה והטופס לא הודפס מאתר הפניקס בע״מ
סעיף ב׳	פרטי העובד	יש למלא את כל הפרטים האישיים
סעיף ג׳	פרטים על ילדים	יש למלא את פרטי הילדים על גיל 19
סעיף ד׳	פרטים על הכנסות ממעביד זה	יש למלא בסעיף זה "קצבה"
סעיף ה׳	פרטים על הכנסות אחרות	יש לסמן האם יש לך הכנסות נוספות שאינן קצבת נכות מביטוח לאומי.
סעיף ו׳	פרטים על בן/בת הזוג	יש למלא את הפרטים האישיים של בן/בת הזוג
סעיף ז׳	שינויים במהלך השנה	יש למלא במידה והיו שינויים וכן לציין את תאריך השינוי

הסבר למילוי דף מס׳ 2		
סעיף ח׳	סיבות לפטור או זיכוי	יש לסמן את הסעיפים הרלבנטיים
סעיף ט׳	בקשה לתיאום מס	יש לצרף אישור תיאום מס מפקיד שומה
סעיף י׳	הצהרה	יש לחתום ולציין תאריך

*שים לב, תיאום מס יתבצע עם קבלת תלוש שכר ראשון מקרן הפנסיה. לצורך ביצוע תיאום המס עליך לפנות לפקיד שומה על פי כתובת מגוריך.