



**נספח לטופס בקשה לקצבת שאירי מבוטח**  
**יתום שאינו עומד ברשות עצמו או הורה שאינו עומד ברשות עצמו**

**1. פרטי תעסוקה של המנוח/ה**

שם המעסיק האחרון המבטח בקרן	מקצוע	תפקיד

בגין חודש הפטירה שילם מעסיקו של המנוח/ה משכורת מלאה / משכורת חלקית/ המנוח/ה לא עבד/ה (נא להקיף בעיגול ולצרף תלושי שכר בגין שלושת חודשי העבודה האחרונים).

**2. זכויות בקרן פנסיה אחרת שבהסדר**

יש לסמן X אם למיטב ידיעתך יש או היו למנוח/ה זכויות פנסיה או כספים באחת מן הקרנות המפורטות להלן מלבד הקרן:

שם קרן הפנסיה	זכויות צבורות בקרן	נמשכו כספים לפני 30/9/03 (כולל)	נמשכו כספים אחרי 1/10/03 (כולל)
מבטחים – מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ			
קרן הגימלאות המרכזית של עובדי ההסתדרות בע"מ			
קרן מקפת מרכז לפנסיה ותגמולים אגודה שיתופית בע"מ			
קרן ביטוח לפועלים חקלאיים ובלתי מקצועיים בישראל			
קרן הביטוח והפנסיה של פועלי הבנין ועבודות ציבוריות א.ש. בע"מ			
נתיב – קרן הפנסיה של פועלי ועובדי המשק ההסתדרותי בע"מ			
קופת הפנסיה לעובדי הדסה בע"מ			
קרן הגימלאות של חברי "אגד" בע"מ			

- יש לציין באם, למיטב ידיעתך, צבר/ה המנוח/ה זכויות בקרן הפנסיה גילעד:  כן  לא
- יש לציין באם, למיטב ידיעתך, עבד/ה המנוח/ה אצל מעסיק שעל עובדיו חל הסדר פנסיה תקציבית (לדוגמא: 'רשות מקומית', 'משרדי ממשלה' וכדו')  כן  לא
- אם התשובה חיובית: פרטי את שם המעסיק: \_\_\_\_\_ ותקופת העבודה: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת לכם למסור לכל אחת מן הקרנות לעיל כל מידע הקשור לביטוח המנוח/ה אצלכם לצורך קביעת זכויותי על פי תקנון הפנסיה.

שם השאיר/ה \_\_\_\_\_ מספר ת"ז \_\_\_\_\_ חתימת השאיר/ה \_\_\_\_\_



### 3. הצהרת השאיר

א. ידוע לי כי במקרה שהפטירה היא תוצאה של אירוע המזכה אותי או עשוי לזכות אותי בפיצוי או קצבה מצד שלישי (כגון פיצוי מחברת ביטוח בגין תאונת דרכים, קצבה מן המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה או מן המדינה בגין פעולות איבה), מותנית זכאותי לקצבת שאיר מן הקרן בהגשת תביעה נגד הצד השלישי, בתוצאות התביעה ובתנאים נוספים, הכל כקבוע בתקנון הקרן. כל עוד לא ניתן פסק דין בתביעה שהגשתי נגד הצד השלישי, אהיה רשאי לקבל, בכפוף לתנאים הקבועים בתקנון, הלוואה מהקרן.

1. הפטירה היא תוצאה של (נא לסמן ב-X):

- מוות טבעי/מחלה  מחלת מקצוע (מחלה שנגרמה בשל עבודתך)
- תאונת עבודה  תאונת דרכים
- פעולות איבה  שירות צבאי / מילואים
- אירוע שמזכה בפיצויים לפי פקודת ה נזיקין (כגון נזק שנגרם בשל רשלנות של אדם או

בשל תקיפה) – פרטי

לתשומת לבך: בכל מקרה שהפטירה אינה תוצאה של מחלה יש למלא טופס "כתב הצהרה והתחייבות".

2. נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:

הגשתי/אגיש תביעה לקבלת פיצוי/קצבה, מגוף אחר מלבד הקרן:

כן

לא

אם התשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט כדלקמן:

זהות הגוף אליו הגשתי / אגיש תביעה \_\_\_\_\_.

התביעה הוגשה / תוגש באמצעות עו"ד \_\_\_\_\_.

שכתובתו \_\_\_\_\_.

3. אני מתחייב/ת להודיע לכם בכל מקרה שאגיש בעתיד תביעה לפיצוי או קצבה בגין הפטירה לכל גוף שהוא ולהביא לידיעתכם גם את פסק הדין או הסכם הפשרה.

4. אני מתחייב/ת להשיב לקרן כספים שקיבלתי כקצבת שאירים, אם יתברר שפטירת המנוח/ה נגרמה מפגיעה שאינה מזכה בקצבה.

ב. אני מוותר/ת לטובתכם על סודיות רפואית של המנוח/ה, כלפי כל מוסד רפואי או גוף אחר כלשהו, לרבות המוסד לביטוח לאומי, ועל סודיות פרטים המצויים ברשות קרנות הפנסיה המפורטות בסעיף 6 לעיל.

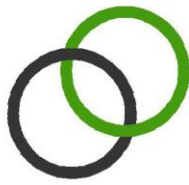
ג. אני מתחייב/ת להמציא לכם מסמכים ונתונים בהתאם לדרישתכם, לצורך קביעת זכאותי מקרן הפנסיה.

ד. אני נותן/ת לכם הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף ציבורי, כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, כדי לקבל כל מידע אודותיי או אודות המנוח/ה, הנחוץ לבירור זכאותי לקצבה מן הקרן.

ה. אני נותן/ת לכם הרשאה בלתי חוזרת להעביר למעסיק של המנוח/ה כל פרט שיידרש לצורך ביצוע ניכוי מס ולעניין הטבות ותשלומים שאקבל ממנו.

ו. אני מתחייב/ת להודיע לכם בכתב על כל שהות רצופה בחו"ל מעל חצי שנה. ידוע לי שתנאי לתשלום





**קצבה בעת שהותי בחו"ל הוא המצאת "אישור חיים" לקרן אחת ל-6 חודשים.**

- ז. אני מצהירה כי ידוע לי ואני מסכים/ה כי אם יתברר כי איני זכאי/ת לקצבה או כי מסרתי לקרן פרטים שאינם נכונים ו/או לא הודעתי לקרן על שינוי בפרטים אלו, הקרן וכל קרן המפורטת בסעיף 29 לעיל, בה בוטחה/ה המנוחה/ה, תהיינה רשאיות לשלול זכאותי לקצבה או לעדכן את סכום הקצבה. ידוע לי כי הקרן, במקרה כזה, תהיה זכאית גם לדרוש החזר סכומים ששילמה לי או לקזז את התשלום ששולם לי בטעות, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א – 1961, מתשלום קצבה או מכל סכום אחר שיעמוד לזכותי בקרן.
- ח. אני יודעת/ת כי האמור לעיל הינו תמצית חלקית בלבד של הוראות התקנון הנוגעות לעניין. ידוע לי ואני מסכים/ה לכך שהוראות התקנון המלאות לפי נוסחן מעת לעת הן הקובעות את זכויותי בקן הפנסיה.
- ט. אני מצהירה כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים. אני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי שיחול באחד או יותר מהפרטים שמסרתי, לרבות כל מאורע שישנה את מספר השאירים של המנוחה.
- י. פרטי המידע לרבות המידע האישי אשר יימסרו לקרן במסגרת בקשה זו, ישמשו את הקרן לצורך מתן שירות וזכויות על פי התקנון. המידע עשוי להיות מועבר לגופים הקשורים במתן הזכויות והשירותים, לרבות למי מקרנות הפנסיה הוותיקות שבהסדר, רשויות מקומיות או המדינה, לפי העניין. מסירת חלק מהמידע נדרש ומתחייב לצורך בחינת זכויותיך על פי דין ותקנון הקרן, וחלקו עשוי לסייע בבירור משלים של זכויותיך ולצורך הבטחת שירות נאות.

שם השאיר/ה	מספר ת"ז	חתימה	תאריך
------------	----------	-------	-------

