

תאריך: 24/09/24  
תביעה: 1047338

## הנדון: זכאות לפנסיית נכות

א.ג.ג.

בהתאם להחלטת הועדה הרפואית בשנה החולפת היית זכאי לפנסיית נכות. הפנסיה משולמת מדי חודש על פי תקנות הקרן והחלטת הוועדה הרפואית. בהתאם להוראות אגף שוק ההון במשרד האוצר, על קרן הפנסיה לבדוק, מדי פעם, את מצבך הרפואי, ולדרוש ממך להמציא כל מסמך בנוגע להכנסה מעבודה.

אם השתכרת ועודך משתכר (או מקבל דמי אבטלה) בנוסף לקבלת פנסיית נכות, הינך זכאי למלוא הפנסיה המגיעה לך וזאת כל עוד סכום הפנסיה, ביחד עם שכרך או הכנסתך, אינם עולים על הקבוע בתקנון קרן הפנסיה הרלוונטי למועד אובדן כושר לעבוד. עלה שכרך ו/או הכנסתך ביחד עם סכום הפנסיה על ממוצע ההכנסה המובטחת לפנסיה כאמור, יופחת סכום הפנסיה בהתאם (חצי שקל כנגד כל שקל) וזאת כל עוד הינך משתכר כאמור, ומבטחים תקזז/ תדרוש את הסכומים ששולמו לך ביתר.  
הנך זכאי לפנסיית נכות מהקרן החל מתאריך: 04/05/2021 סיבת הנכות: מחלה  
בהתאם להחלטת הועדה האחרונה הנך זכאי לפנסיית נכות בשיעור של 100% עד 31/01/2025

הנכות האחרונה שנקבעה לך בשנת 2023 הייתה בהיקף של 100%.  
סכום פנסיית הנכות האחרונה ששולמה לך בשנת 2023 הייתה בסך של 11259.45 ש"ח.

אם פנסיית הנכות בצרוף הכנסתך או משכורתך לא יעלו על סכום של 15688 ש"ח, לא יקוזז כל סכום מהפנסיה.

היה והכנסותיך כן יעלו על סכום של 15688 ש"ח, על מבטחים לקבל לידיה את הסכומים ששולמו לך ביתר.

הבדיקה תעשה מידי שנה.  
כדי לבדוק זכויותיך עבור שנת 2023, נבקש לחתום על טופס ההצהרה המצ"ב בצירוף המסמכים הנדרשים תוך 60 יום. ככל שלא יועבר טופס מלא וחתום בצירוף המסמכים הדרושים נאלץ להפסיק את תשלום פנסיית הנכות לה הנך זכאי מהקרן.

**עמית שכיר** - הינך מתבקש להעביר אישור תקופות דיווח, תקופות עבודה ופרטי מדווחים מהמוסד לביטוח לאומי. את הטופס ניתן להוציא ללא סיסמא מאתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי (באמצעות הנתבי הבא: טפסים ואישורים---אישורים---תקופות עבודה---אישור תקופת ביטוח ומעסיקים---הזמנת אישור) +3 תלושי משכורת ממקום עבודתך בשנת 2023 (מינימום 3 תלושים) ואישור מעסיק על היקף המשרה בה אתה מועסק. במקרה של תשלום אבטלה יש לצרף אישורים של ביטוח לאומי על גובה התשלום.

**עמית עצמאי** - הנך מתבקש להעביר אלינו שומה עצמית לשנת המס האחרונה או אישור רו"ח על הכנסה חייבת במס.

## לתשומת לבך,

אם הוכרת ע"י הקרן כזכאי לנכות בשיעור הנמוך מ-75%, עלייך לפעול באופן עצמאי להשלמת הכיסוי הביטוחי שלך, באמצעות השלמת דמי גמולים או באמצעות תשלום בגין רכיב פרמיית הביטוח בלבד (ללא הגדלת הצבירה לפנסיה), וזאת על מנת להבטיח כיסוי ביטוחי מלא.  
אם אתה נדרש להשלים דמי גמולים ולא תשלימם כאמור - ייפגעו משמעותית הכיסוי הביטוחי שלך לנכות (אבדן כושר עבודה ולשאירים) (במקרה של פטירה חו"ח) וייפגע המשך הצבירה הפנסיונית שלך לפנסיית הזקנה. הפגיעה בכיסוי הביטוחי לנכות עשויה למנוע ממך לתבוע פנסיית נכות בעתיד, ובמקרה של פנסיית נכות חלקית למנוע ממך לתבוע הגדלת הפנסיה עקב החמרה בנכות.

בברכה,  
מחלקת תביעות  
מנורה מבטחים פנסיה וגמל ע"מ

הסכום נכון למועד המצוין במכתב וצמוד למדד מדי חודש. האמור לעיל נכתב בלשון זכר משיקולי נוחות אך מתייחס לשני המינים.



**טופס הצהרה לשנת 2023**

מספר תביעה 1047338	ת. לידה 25/02/1972	שם פרטי צבי	שם משפחה זרגרי	ת. זהות 29007846
כתובת רבי ינאי 16 בית שמש 9908431				
שיעור פנסיית הנכות שנקבעה ע"י הועדה הרפואית % 100%				
תאריך תחילת קבלת הפנסיה 04/07/2021				

הצהרה לגבי הכנסות נוספות (סמן X במשבצת המתאימה):

בהיעדר סימון נראה בהצהרה זו לפיה אין לך הכנסות מעבודה.

☒ א. לא היו לי הכנסות נוספות מעבודה/ תשלום דמי אבטלה.

☐ ב. היו לי הכנסות נוספות מעבודה או תשלום דמי אבטלה. (תשלום ימי מחלה ממעסיק, אינם נחשבים כהכנסה נוספת).

☐ **שכיר** – לטופס זה הריני מצרף אישור תקופות דיווח, תקופות עבודה ופרטי מדווחים מהמוסד לביטוח לאומי כמפורט מעלה לגבי התקופה שמיום תחילת הזכאות לפנסיית נכות, כל תלושי השכר ממקום עבודתי בשנת 2023 (מינימום 3 תלושים) ואישור מעסיק על היקף משרה בה אני מועסק. **במקרה של תשלום אבטלה יש לצרף אישורים של ביטוח לאומי על גובה התשלום.** הריני מצהיר כי הועסקתי בהיקף משרה בשיעור של \_\_\_\_ %.

☐ **עצמאי** – לטופס זה הריני מצרף שומה עצמית לשנת המס האחרונה או אישור רו"ח על הכנסה חייבת במס. הריני מצהיר כי אני עבדתי בהיקף משרה בשיעור של \_\_\_\_ %.

**הצהרה**

הריני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי הפרטים שמילאתי בטופס זה מלאים ונכונים והם מהווים בסיס לזכאותי לפנסיית נכות. ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית להפסיק את תשלומי פנסיית הנכות וכן לדרוש ולקזז ממני כספים ששולמו לי אם מסרתי פרטים לא נכונים. אני מתחייב להודיע לקרן הפנסיה על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי ובהכנסתי תוך חודש ימים מן היום בו נודע לי על השינוי.

23

24/09/24	צבי זרגרי	29007846	חתימה
תאריך	שם מלא	מספר תעודת זהות	

**אישור מיופה כח/ רו"ח/ מנהל חשבונות – במקום חתימת העמית**

אני הח"מ, שמשמש כמיופה כח מטעם העמית או רואה החשבון / מנהל החשבונות של העמית שמטפל עבורו בדוח השנתי לרשות המיסים, מאשר כי למיטב ידיעתי הפרטים שמילאתי בטופס זה מלאים ונכונים והם מהווים בסיס לזכאות של העמית לפנסיית נכות.

תאריך	שם מלא	מספר תעודת זהות	חתימה + חותמת

את הטופס ניתן להחזיר בדוא"ל [mhahnasot@menoramivt.co.il](mailto:mhahnasot@menoramivt.co.il)

האמור לעיל נכתב בלשון זכר משיקולי נוחות אך מתייחס לשני המינים.