

הנחיות להגשת בקשה לקבלת פנסיית שאירים

קבלו נא את השתתפותינו בצערכם על מות יקירכם.

אנו נעשה כל מאמץ לזרז את הטפול בתביעתכם, לכן מילוי של טופס התביעה על הנחיותיו יעזור לנו לטפל בתביעתכם ולשביעות רצונכם. זכאות לתשלום פנסיית שאירים מותנית בקיומם של שאירים. פנסיית שאירים תשולם לאלמנה, לרבות ידועה בציבור באישור ערכאה שיפוטית מוסמכת או אישור המוסד לביטוח לאומי ולהורה הנתמך ע"י המבוטח לכל ימי חייהם וליתום עד הגיעו לגיל 21, ככל שנמצאו זכאים על פי תקנון הקרן. באין שאירים יחולקו הכספים בין המוטבים ובאין הוראת מינוי מוטבים, הכספים ישולמו ליורשים החוקיים בהתאם לצו ירושה שהוצא מטעם בית משפט או בית דין רבני או צוואה שקוימה בצו של בית משפט. עם זאת, במקרה בו הסכום לתשלום העומד לזכות המוטבים נמוך מ- 8,000 ש"ח*, ניתן לחתום על הצהרה לענין משיכת יתרה צבורה נמוכה מחשבן עמית שנפטר (ראה להלן בדף 3) וללא צורך בהמצאת צו ירושה או צו קיום צוואה. *הסכום האמור מעודכן מדי שנה בהתאם לעליית המדד לעומת המדד הידוע ביום 3.5.2017.

לידיעתך, בחתימתך על טופס הבקשה לפנסיית שאירים הנך מאשר כי ככל שסכום פנסיית השאירים המחושב יהא נמוך מסכום פנסיית המינימום הקבועה בתקנון (5% מהשכר הממוצע במשק), אזי יבוצע לזכותך פדיון הכספים הצבורים בחשבון המבוטח, ובמקרה זה השאירים מוותרים על האפשרות לקבלת פנסיית שאירים, וזאת אלא אם תבחר אחרת.

אם בכל זאת תבחר לקבל פנסיית שאירים, תחושב פנסיית השאירים בניכוי של 6% מההפרש בין פנסיית המינימום הקבועה בתקנון לבין סכום פנסיית השאירים לה זכאים השאירים. (פנסיית מינימום, פנסיה המשולמת לפנסיונר או לכלל שאיריו של העמית יחד, שסכומה שווה ל- 5% מהשכר הממוצע במשק, כפי שיהיה בתוקף במועד תחילת תשלום הפנסיה).

הגשת מסמכים לבקשת קצבת שאירים

כדי שנוכל לטפל בפנייתכם בהקדם האפשרי יש לצרף לבקשה את המסמכים הבאים:

- ← טופס בקשה לקבלת פנסיית שאירים של המבוטח.
- ← תעודת פטירה
- ← צילום תעודת זהות של הנפטר כולל ספח פתוח ובו מצוין המצב המשפחתי ופרטי הילדים (בתעודת זהות ביומטריים יש להעביר צילום של שני צידי התעודה)*
- ← צילום תעודת זהות של האלמנה כולל ספח פתוח ובו מצוין המצב המשפחתי ופרטי הילדים (בתעודת זהות ביומטריים יש להעביר צילום של שני צידי התעודה)*
- ← אישור כי הילדים הינם ילדי המנוח(ככל שאין ספח ת.ז. על שם המנוח הכולל את פרטי הילדים יש להעביר, תעודת לידה, תמצית מרשם אוכלוסין).
- ← צילום צ'ק/אסמכתא בנקאית הכוללת את פרטי החשבון ותעודת הזהות של השאירים
- ← יתום מעל גיל 18 - צילום ת.ז. / צילום צ'ק / אסמכתא בנקאית הכוללת את שם היתום ומס' תעודת זהות או אישור בכתב על הסכמה להעברת התשלום החודשי לידי ההורה.
- ← יתום משני ההורים - במידה והבקשה מוגשת ע"י אפוטרופוס יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס, צילום תעודת זהות של האפוטרופוס.
- ← במידה ונבחר מסלול עם תקופת הבטחה יש לצרף הצהרת בריאות (כאשר מועד הפטירה קודם ל- 6/2018)
- ← טופס 101 של בן/בת הזוג ולכל יתום (גם אם הוא קטין) ופטור לשאיר, ככל שמדובר בפנסיית שאירים.
- ← אם בת הזוג אינה נשואה למבוטח יש להמציא צו של ערכאה שיפוטית המכריזה עליה כידועה בציבור או אישור המוסד לביטוח לאומי המכיר בבת הזוג כידועה בציבור של המנוח.
- ← *במקרה שכתובת המגורים בספחים של המנוח והאלמנה אינם זהים יש להעביר הוכחת מגורים משותפים (חשבונות, הסכם שכירות או כל מסמך אחר המוכיח שהאלמנה התגוררה עם העמית במועד פטירתו)
- הגשת מסמכים במקרה והמבוטח לא צבר תקופת אכשרה (60 חודשים בקרן)
- ← אישור על סיבת הפטירה (סיכום דוח פטירה מבית חולים, דוח משטרה, דוח נתיחה לאחר פטירה ככל וקיים).
- ← צו ירושה או צו קיום צוואה
- ← בהליך לקבלת פנסיית שאירים, במידה ולא נצברה תקופת אכשרה מיום הצטרפות המבוטח לקרן הפנסיה (60 חודשים) יתקיים הליך איסוף חומר רפואי מול גופים רפואיים, הליך המתבצע ע"י חברה המתמחה בכך.
- ← לצורך איסוף החומר הרפואי, יש לחתום על כתב ויתור סודיות רפואית המצורף לטופס זה בהמשך הטופס
- באין שאירים או ככל שבחרת בפדיון הכספים במקרה של פנסיה נמוכה ממינימום, נא המצא לרשותנו את המסמכים הבאים:
- ← טופס בקשה לקבלת פנסיית שאירים של המבוטח.
- ← תעודת פטירה
- ← צו ירושה או צו קיום צוואה
- ← צילום ת.ז. של כל אחד מהשאירים/מוטבים/יורשים
- ← צילום המחאה לאישור פרטי חשבון הבנק
- ← אישור פקיד שומה להנחיות מס על הפיצויים לכל מעסיק

בקשה לקבלת פנסיית שאירים בפטירת מבוטח/פדיון כספים בפטירת מבוטח

← פרטים אישיים של המבוטח (להלן: "המנוח")			
<input type="radio"/> הפניקס פנסיה מקיפה <input type="radio"/> הפניקס פנסיה משלימה <small>* בהיעדר סימון, יראו בבקשת תשלום פנסית נכות כמתייחסת לשתי קרנות הפנסיה.</small>			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן		
מין	מצב משפחתי טרם פטירה	תאריך פטירה	מקום עבודה אחרון

← פרטי האירוע – נא ציין את סבת המוות/נסיבות האירוע			

← פרטי מגיש הבקשה			
קרבה למבוטח: <input type="radio"/> אלמן/ה <input type="radio"/> ידועה/בציבור <input type="radio"/> אפוטרופוס <input type="radio"/> בן/בת המבוטח עד גיל 21 <input type="radio"/> יורש <input type="radio"/> מוטב			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	
		טלפון	
כתובת למשלוח דואר	דואר אלקטרוני	נייד	

← 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 ישלחו 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.			
<input type="radio"/> כתובת דוא"ל _____ לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד. מספר טלפון נייד _____ לקבלת קוד כניסה לדוא"ל.			
<input type="radio"/> דואר ישראל לכתובת _____ מיקוד _____			
<input type="radio"/> אבקש כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות פנסיה עתידיות.			

← פרטים על בן/בת זוג – ימולא על ידי אלמן/אלמנה ידועה/בציבור			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
		תאריך לידה	

← פרטי ילדי המבוטח שטרם מלאו להם 21 בעת הפטירה			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
		תאריך לידה	
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
		תאריך לידה	
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
		תאריך לידה	

- ככל שקיימים ילדים נוספים עד גיל 21 במועד הפטירה, נא לצרף את פרטיהם.
 - שאירים עפ"י התקנון הם: בן/בת זוג (נשואה/ידועה/בציבור) וילדים שגילם מתחת לגיל 21 במועד פטירת המבוטח

← פרטים על האפוטרופוס במקרה שמגיש הבקשה הינו האפוטרופוס של הזכאים לפנסיית שאירים			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
		תאריך לידה	

← שמות מגישי הבקשה יורשים/מוטבים במקרה של פדיון שאירים				
שם	ת.ז.	כתובת	קרבה משפחתית	% מערך הפדיון
				1
				2
				3
				4

מסלול קבלת פנסיית שאירים - ניתן לבחור רק במקרים בהם מועד הפטירה קודם ל- 6/2018

- פנסיה לכל החיים ללא הבטחת מינימום תשלומי פנסיה.
- פנסיה לכל החיים עם הבטחה ל _____ חודשים.

הערות: *ניתן לבחור פנסיה הכוללת הבטחה של 60/120/180/240 חודשים אם בתום תקופת ההבטחה גיל האלמן אינו עולה על גיל 85/87 (בהתאם לתקנון הרלבנטי ביום הפטירה) בהעדר סימון ישולם ללא תקופת הבטחה.

כל שיתברר כי פנסיית השאירים לה הנך זכאי תהיה נמוכה מפנסיית המינימום כהגדרתה בתקנוני הפנסיה, ינוכח דמי ניהול נוספים בשיעור של עד 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין פנסיית השאירים המשולמת. למעט פנסיית שאירים של מי שקיבל קצבת זקנה. טרם פטירתו. תשלום פנסיית שאירים החל מהחודש שלאחר חודש הפטירה.

מוטבים בבחירה בתקופת הבטחה

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חלק יחסי ב- %
1			
2			
3			

ככל שקיימים מוטבים נוספים נא לצרף את פרטיהם בדף נפרד.

פרטי חשבון בנק אליו יועברו הכספים

שם משפחה	שם פרטי	שם הבנק	שם הסניף	מספר סניף	מספר חשבון

* פרטי חשבון הבנק חייבים להיות זהים לאסמכתא הבנקאית שצורפה לבקשה (צילום המחאה מבוטלת או אישור הבנק הכולל את הפרטים הבאים: שם מלא, מספר ת.ז., מספר סניף, מספר חשבון וחתימה וחותמת הבנק).

* הצהרת יתום מעל גיל 18 המבקש להעביר את פנסיית השאירים לחשבון ההורה

הריני מאשר העברת פנסיית השאירים לה אני זכאי לחשבון ההורה (שם ההורה) כמפורט בטופס תביעת השאירים.

X					
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המבקש	

הצהרה לענין משיכת יתרה צבורה נמוכה מחשבון עמית שנפטר

- הריני להצהיר בזאת כי חלפו שלוש שנים ממועד פטירת העמית ועד למועד בקשתי זו, וכי הנני בנו/בתו הורה בן/בת זוגו של העמית.
- הריני להצהיר כי למיטב ידיעתי הנני יורש לפי כל דין של העמית בחשבון זה וזכאי ל % _____ מהכספים בחשבון. ככל שישולמו לי כספים על בסיס הצהרתי זו, והקופה תחוייב לשלם את הכספים ששולמו לי או חלקם לגורם אחר, הנני מתחייב לשפות את הקופה בגין מלוא הכספים ששולמו לי בצירוף ריבית כדין, לרבות בגין הוצאות הקופה עקב תשלום הכספים כאמור.

X					
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המבקש	

הצהרת מבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס

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

X					
תאריך	שם האלמן/ה / אפטרופוס / יורש / מוטב	ת.ז.	חתימת המבקש		

הצהרות לגבי פנסיית שאירים/פדיון כספים בפטירת המבוטח

- נא לסמן את בחירתך:
 - הריני מבקש כי ככל שקצבת פנסיית השאירים תהא נמוכה מפנסיית המינימום הקבועה בתקנון (5% מהשכר הממוצע במשק), אזי יבוצע פדיון הכספים הצבורים בחשבון המבוטח והנני מוותר על האפשרות לקבל פנסיית שאירים.
 - הריני מבקש בזאת לקבל פנסיית שאירים נמוכה מפנסיית מינימום כקבוע בתקנון. ידוע לי כי מפנסיית השאירים ינוכח דמי ניהול בשיעור 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין פנסיית השאירים המשולמת.
- ככל ולא תסמן את בחירתך יבוצע פדיון הכספים הצבורים.
- הריני מצהיר כי כל הנתונים והפרטים שמסרתי מלאים ונכונים.
- ידוע לי כי אם יתברר כיושר/ מוטב / שאיר בקרן הפנסיה לרבות הזכאות לפנסיית שאירים נקבעת על פי התקנון וכי במקרה שאבחר בפנסיה ללא תקופת הבטחה היתומים או המוטבים יקבלו פנסיה בלבד, ככל שהיו זכאים לכך על פי התקנון
- ידוע לי כי החלטותי הינן סופיות ואינן ניתנות לביטול או שינוי מאחר וחייב הפנסיה נקבע על פיהן, ולא אהיה זכאי למשיכת כספי הצבירה בחשבון לרבות מרכיב הפיצויים.
- ידוע לי כי אם יתברר שהפרטים שמסרתי כולם או חלקם אינם נכונים תהיה החברה רשאית לבטל את זכויותי לפנסיה, לרבות קיזוז הסכומים ששלמה לי מהסכומים העומדים לזכותי בקרן.
- אני מתחייב כי במידה ובעת תקופת תשלום הקצבה אשה מחוץ לישראל למשך תקופה העולה על 6 חודשים אעדיך 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.

X					
תאריך	שם האלמן/ה / אפטרופוס / יורש / מוטב	ת.ז.	חתימת האלמן/ה / אפטרופוס / יורש / מוטב		

ויתור על סודיות רפואית וכללית

← חלק א'

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
כתובת (רחוב)	מס'	יישוב	מיקוד
טלפון			

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

הנני החתום מטה נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאים, 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 הבריאות 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 הפסיכיאטרי 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 תביעותי 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 פסיכיאטרים 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 מרופיאהם 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 המבוטח / שאיר	ת.ז. המבוטח / שאיר	חתימת המבוטח / שאיר
			X

← 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.
			X
מס' רישיון למילוי על ידי הגורם שחותם	חתימה וחתימת (כולל מס' רישיון)		

על פי תקנות מס הכנסה 9 (ו'6), תשלום קצבה לשאירים מקרן פנסיה או פוליסת ביטוח חיים חייב במס. קצבת שאירים עד לתקרה המזכה כפי שקבע מס הכנסה ומשתנה מעת לעת פטורה ממס, בתנאי שהשאיר אינו מקבל קצבת שאירים נוספת שאינה מהמוסד לביטוח לאומי. בכדי לקבל את הפטור יש לחתום על ההצהרה המצ"ב. ככל שישנה קצבת שאירים ממקור אחר שאינה המוסד לביטוח לאומי נדרש לבצע תיאום מס ולהעביר את האישור למחלקת תביעות פנסיה על פי הפרטים הבאים:

הפניקס פנסיה וגמל בע"מ - מחלקת תביעות
 דרך השלום 53 גבעתיים 5345433
 כתובת למשלוח האישור במייל: tpensya@fnx.co.il
 פקס: 037337942

← פרטי המבוטח

.ת.ז.	שם המנוח/ה

← הצהרת קצבת שאירים יחידה

פרטי המבקש/ת :

שם: _____ ת.ז.: _____

אני החתום מטה, מצהיר/ה בזאת כי בשנת _____ הנני מקבל/ת מחברת הפניקס פנסיה וגמל בע"מ קצבת שאירים. הנני מצהיר/ה כי קצבת שאירים זו המשולמת לי מהפניקס פנסיה וגמל בע"מ הינה קצבת השאירים היחידה לה הנני זכאי/ת ואיני זכאי/ת לקבל קצבת שאירים מגורמים אחרים (לא כולל קצבת שאירים מטעם המוסד לביטוח לאומי) ככל שיחול שינוי כאמור, הנני מתחייב/ת לדווח לכם על כך, לאלתר. בכבוד רב,

X	תאריך	חתימת המבקש

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 יש לפנות לפקיד שומה על פי כתובת מגוריק.