

תאריך: _____
שם המעסיק: _____

הנדון: תביעה לתשלום פנסיה – שאירים

הנני: _____ | שם המשפחה של מבקש הפנסיה _____ | שם פרטי _____ | תעודת זהות _____ | מין _____ | תאריך לידה _____ / _____ / _____

רחוב _____ | מס' _____ | ת.ד. _____ | ישוב _____ | מיקוד _____

טלפון בבית _____ | טלפון נייד _____ | כתובת דוא"ל _____

בהתאם לתקנון קרו הפנסיה ובכפוף להסדר התחיקתי מבקש בזאת לשלם לי פנסיה כדלקמן:
ימולא ע"י מי שמבקש פנסית שאירים:

הריני להודיעכם כי ביום _____ / _____ / _____ נפטר/ה:
תעודת זהות של המנוח/ה _____ | שם משפחה של המנוח/ה _____ | שם פרטי של המנוח/ה _____ | הקרבה למנוח _____

שהיה/היתה עמית/ה פנסיונר/ית בקרן הפנסיה

סיבת המוות: תאונת _____ מחלה אחר

יש לצרף: תעודת פטירה, מסמכים רפואיים, סכום אשפוז/דו"ח מד"א בציון סיבת המוות, פרטי קופ"ח ושם רופא המשפחה שטיפל במנוח, צו ירושה.

שמות היתומים עד גיל 21 (אם התובע הוא/היא האלמנה):

תעודת זהות	שם המשפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ / _____
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ / _____
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ / _____
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ / _____

הצהרה והתחייבות

הנני הח"מ מצהיר בזאת כדלקמן:

- ❖ כל הנתונים שנמסרו על ידי ו/או ע"י מי מטעמי בטופס זה ו/או בכל מסמך נלווה הינם נכונים ומלאים.
- ❖ ידוע לי כי על פי תקנות תוכנית הפנסיה "יכל אדם שקבל או ניסה לקבל בטעות, בהטעיה או במרמה כספים או זכויות מהקרן רשאית הקרן להפקיע הזכויות שלגביהן נעשו הטעות, ההטעיה או המרמה".
- ❖ הנני מתחייבת/בזאת להמציא לכם כל מסמך, תעודה ומידע שאדרש בקשר עם תביעתי לתשלום הפנסיה הנ"ל.

_____ חתימת מבקש הפנסיה

_____ תאריך

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ: ת.ז. _____ | שם משפחה _____ | שם פרטי _____
נותן בזאת רשות בתוקף היותי היורש/ת החוקית לעיזבונו של המנוח/ה:

ת.ז. _____ | שם משפחה _____ | שם פרטי _____
לכל שרותי הבריאות ו/או קופת החולים ו/או לעובדיהם הרופאים ו/או למוסדותיהם ו/או לסניפיהם, מכוניהם ומעבדותיהם, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים לרבות בתי החולים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, החברות לביטוח וקרנות הפנסיה, למסור להראל פנסיה וגמל או מי מטעמה ו/או בא כוחה (להלן - "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותו/ה ו/או על כל מחלה או מום שחלה/ת ו/או לקה/ת בו המנוח/ה, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב מחלות כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

_____ חתימת מבקש הפנסיה

_____ תאריך