

שם	מספר זהות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון



הנחיות לטופס 467

בקשה לתשלום קצבת נכות (אובדן כושר עבודה)

עמית נכבד,

לצורך הגשת בקשה לקבלת קצבת נכות נא למלא את הטפסים המצורפים הבאים וכן לצרף את המסמכים הנוספים המפורטים. העברת מלוא הטפסים ומסמכים מלאים וברורים תסייע לנו לטפל בבקשתך בצורה יעילה ומהירה. ראו גם הנחיות והסברים נוספים בהמשך דפי ההסבר.

מסמכים נדרשים למילוי על ידי מגיש הבקשה לקבלת קצבת נכות:

1. טופס הגשת בקשה לתשלום קצבת נכות:
בחלק פרטי העמית המבקש - יש להקפיד על מילוי הפרטים המלאים.
כמו כן, באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר הבקשה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:
- דואר אלקטרוני מאובטח. תנאי למשלוח הודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו ישלח קוד לצורך פתיחת ההודעה.
- דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה.
אם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בתכנית יטפל בבקשתך, נא למלא ולחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס הבקשה.
במקרה של שמירת הריון יש למלא את הסעיף המתאים בטופס.
נספח א' לטופס - נועד למילוי על ידי העמית, יש למלא את הפרטים והשאלון ביחס לנכות.
נספח ב' לטופס - נועד למילוי על ידי הרופא המטפל.
2. טופס "הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי פנסיה" חתום על ידי בעל החשבון / חתום על ידי הבנק.
3. טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל חתימה בסעיף "עד לחתימה" (עד לחתימה יכול להיות עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח בצירוף חותמת / מספר רישיון סוכן).
4. טופס הודעת מעסיק על היעדרות עובד עקב תאונה/מחלה - אישור המעסיק על תאריך הפסקת העבודה ועל היקף המשרה.
5. כרטיס עובד - טופס 101 של מס הכנסה - יש להקפיד על ציון שנת המס ועל מילוי סעיף ה' - "פרטים על הכנסות אחרות".
להלן דגשים נוספים בנוגע למילוי הטופס:
- מהו טופס 101?** בהתאם לתקנות מס הכנסה ומס מעסיקים חייב כל מקבל קצבה למלא טופס 101 בעת תחילת קבלת קצבה וכן בתחילת כל שנת מס.
- אם הוצהר בטופס 101 כי אין לך הכנסות נוספות, ניכוי המס יחושב על פי מדרגות מס רגילות בקיזוז הזיכויים השונים (נקודות זיכוי וכו'). אם קיימות סיבות נוספות לפטור/זיכוי ממס, יש למלא את הסעיפים הרלוונטים בחלק ח' לטופס.
- אם הוצהר כי יש לך הכנסה נוספת, יש לצרף אישור ותיאום מס מפקיד השומה עם הנחיות לניכוי מס. את תיאום המס ניתן לבצע גם באמצעות אתר האינטרנט של רשות המיסים.
- לתשומת ליבך, קיימת חשיבות רבה למילוי טופס זה, לצורך חישוב ניכוי המס מהקצבה החודשית. אם לא יועבר הטופס במועד או שלא יועבר אישור מפקיד השומה עם הנחיות לניכוי מס (במקרה שיש הכנסות נוספות) - ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה החודשית.**
6. לאישה נשואה שהינה עקרת בית - יש למלא טופס 619 של המוסד לביטוח לאומי "פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה לאשה נשואה".

(מהדורה 05.2025)



שם	מספר זהות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון



הנחיות לטופס 467 בקשה לתשלום קצבת נכות - המשך

מסמכים נדרשים לצירוף לבקשה:

1. תצלום תעודת הזהות של העמית כולל ספח פתוח. בתעודת זהות ביומטרית, יש להעביר צילום של שני צידי התעודה.
 2. סיכום מחלה מרופא מטפל המעיד על תחילת המחלה/התאונה בגינה מוגשת הבקשה.
 3. אישורים על חופשת מחלה מרופא מומחה המטפל לתקופת הנכות הרצופה, סיכום אשפוז, מסמכים רפואיים נוספים וכן פרוטוקול הועדה של המוסד לביטוח לאומי באם הוגשה תביעה.
 4. אישורים על הכנסה:
- **מבוטח שכיר** - יש לצרף 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות הנכות, וככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי, תלושי שכר מיום חזרתך לעבודה.
 - **מבוטח עצמאי** - יש לצרף אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למועד הנכות, וכן אישור רואה חשבון על הכנסותיך לאחר מועד הנכות, ככל שקיימות הכנסות כאמור.
5. במקרה של זכאות לקבלת תשלום ממקור אחר כפי שפורט לעיל (תאונת עבודה, פעולות איבה/מלחמה, שוטרים וסוהרים) - יש לצרף:
 - מסמכים שהוגשו למוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון.
 - אישורים על תשלומי גמלה או תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון.

אופן הגשת התביעה:

באפשרותך להגיש בקשתך לאישור קצבת נכות באמצעות שירות "הגשת תביעה Online" באתר החברה בכתובת www.migdal.co.il או דרך אפליקציית מגדל בנייד.

שירות "הגשת תביעה Online" מאפשר לך להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסטטוס הטיפול בתביעה בכל זמן ובכל מקום.

השלמת מסמכים חסרים ניתן לשלוח גם באמצעות SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו: **055-7000113**.

למידע נוסף ניתן לפנות למוקד התביעות בטלפון 03-9201010 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.

ניתן גם להגיש את טופס התביעה והמסמכים המבוקשים מעלה באחת מהאפשרויות הבאות:

- לתיבת דואר אלקטרוני: makefetclaim@migdal.co.il
- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות פנסיה
- בפקס: 076-8869264

מה יקרה בהמשך:

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תיבחן על ידנו זכאותך לכיסוי ביטוחי. אם תידרשנה הבהרות או השלמות כלשהן, לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לבקש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים לפי הצורך.

(מהדורה 05.2025)

כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, ת"ד 3778 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

03-9201010
מוקד טלפוני



054-9201028
Whatsapp



סוכן הביטוח
שלך



באפליקציית מגדל
App Store / Google Play



migdal.co.il



כל הדרכים ליצור איתנו קשר



076234670205010525

עמוד 2 מתוך 12 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ
קוד מסמך: 623

שם	מספר זהות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון



הנחיות לטופס 467

בקשה לתשלום קצבת נכות - המשך

להלן הנחיות והסבר נוסף, על הליך הגשת בקשה לקבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה. הסבר מפורט בנושא זה ניתן למצוא גם באתר החברה בדף המרכז לתקנון מגדל מקפת בחלק מידע והכוונה להגשת בקשה לקצבת נכות.

מי זכאי לקצבת נכות מהקרן?

- עמית מבוסס בקרן שלפחות 25% מכושרו לעבוד נפגע מחמת מצבו הבריאותי, וכתוצאה מכך אינו מסוגל לעבוד בעבודתו או בכל עבודה אחרת המתאימה לו לפי השכלתו, הכשרתו או ניסיונו במשך תקופה העולה על 90 ימים קלנדריים רצופים. קביעת הנכות תהיה בהתאם להחלטת הגורם הרפואי הרלוונטי ובכפוף להוראות תקנון קרן הפנסיה.

• משיכת או ניווד פיצויים למבוסס נכה

משיכה או העברה של כספים מרכיב הפיצויים לאחר מועד הנכות, תפחית את קצבת שאירי הנכה בהתאם לסכום שנמשך או הועבר. ההפחתה מקצבת השאירים תהיה בהתאם לסכום שנמשך (לרבות מס שינוכה במקור) או שהועבר לקופת גמל אחרת, בתוספת הפרשי תשואה שהושגו בקרן במסלול ההשקעות ממנו נמשכו או הועברו הכספים, ועודף או גרעון אקטוארי שעל פיהם עודכנו בקרן היתרות הצבורות של העמיתים, בגין התקופה שממועד המשיכה או ההעברה, לפי העניין, ועד למועד פטירת העמית הנכה.

• זכאות לקצבה ממקור אחר

במקרה בו הנכות נגרמה כתוצאה מאירוע המזכה בגמלה ממקור אחר, יש להעביר אישורי תשלום הקצבה מהמקור האחר. קצבה ממקור אחר הינה קצבה המשתלמת לעמית לפי אחד מהבאים: פגיעה מעבודה לפי פרק ה' (תאונות עבודה) בחוק הביטוח הלאומי - התשנ"ה 1995, חוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט 1959, חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה תש"ל 1970, חוק המשטרה (נכים ונספים) תשמ"א 1981 או חוק שירות בתי הסוהר (נכים ונספים) התשמ"א 1981.

• שמירת הריון

נכות במקרה של שמירת הריון לתקופה העולה על 90 ימים, יכולה לזכות בקצבת נכות מקרן הפנסיה. במקרה זה, זכאית העמיתה לקבל קצבת נכות מהקרן וכן שיחרור מתשלום דמי גמולים לקרן (לפי סכום ההפקדות ששולמו קודם על ידי העובדת ומעסיקה) בתקופת הנכות, או לוותר על תשלום קצבת הנכות מהקרן ולהיות זכאית לשיחרור בלבד. לתשומת ליבך, במקרה של קבלת גמלה לשמירת הריון מהמוסד לביטוח לאומי וגם קבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה, רשאי המוסד לביטוח לאומי לבטל לחלוטין את גמלת שמירת ההריון או להקטינה.

• תוספת לקצבה עבור נכות סיעודית

לתשומת ליבך, מבוסס הזכאי לקצבת נכות מלאה, אשר הפך לנכה סיעודי לפני הגיעו לגיל תום תקופת הביטוח (גיל פרישה), יהיה זכאי לתוספת לקצבת הנכות, בהתאם לתנאי התקנון. לצורך בחינת זכאותך לקבלת תוספת סיעודית, נבקשך להגיש מסמך הערכה תפקודית ככל שקיים ברשותך ו/או מסמכים רפואיים המעידים על אובדן היכולת לבצע את פעולות היום יום (לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודות באופן עצמאי או תשישות נפש).

• התיישנות

חשוב להגיש את הבקשה לקבלת קצבת נכות בהקדם האפשרי ובסמוך למועד הנכות. הבקשה לקבלת קצבת נכות יכולה להיות מוגשת בתוך 3 שנים בלבד ממועד אירוע הנכות (לאירוע נכות שאירע לפני 06/2018 תקופת ההתיישנות תהא 7 שנים).

- לתשומת ליבך, מאחר שהזכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירתו של מקבל הקצבה, נקבע בהוראות הממונה כי מקבל קצבה שישהה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, יודיע על כל לקרן וימציא פרטים ליצירת קשר עמו בתקופת שהותו מחוץ לישראל. בתקופת שהותו מחוץ לישראל יהא עליו להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" לצורך בדיקת זכאותו להמשך קבלת קצבה.

בברכת בריאות ורפואה שלמה,

תביעות פנסיה

(מהדורה 05.2025)





שם	מספר זהות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

הגשת בקשה - תשלום קצבת נכות

טופס מספר **467**

א. פרטי העמית המבקש						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	עיסוק	תאריך לידה	מצב משפחתי	מין
					נ ☐ ר ☐ א ☐ ג ☐ ז ☐ נ ☐	נ ☐ ז ☐
כתובת מגורים (רחוב)						
כתובת דואר אלקטרוני						
שמות הרופאים המטפלים / טיפול שלא באמצעות קופת החולים						
שם קופת חולים						
☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת						

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שצינת לעיל

☐ דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד) ☐ דואר ישראל לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, יישלחו אליך מסמכים והודעות באמצעים דיגיטליים אלא אם נקבע אחרת בהוראות הדיון.	* הצהרה למקרה של משלוח הודעות בדואר אלקטרוני: אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או תכנית הפנסיה שיש לי במגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.
---	--

1. למבקשים לעדכן את פרטי ההתקשרות המופיעים בסעיף א' בכל מערכות החברה ☐ יש לסמן ולצרף תעודת זהות כולל ספח ידוע לי והנני מאשר כי הפרטים שיעדכנו יישמשו את ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) לצורך יצירת קשר עימי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל ו/או קרנות הפנסיה הרשומים על שמי בחברה.

2. אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו. ☐ יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____
הריני מאשר בזאת למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח בתוכנית הפנסיה את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ בכל הנוגע להעברת המידע ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו. ככל שלא תמנה את הסוכן שלך לטפל בשמך בתביעה לפי סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר תעודת זהות	חתימת העמית★

ג. חשוב !! שמירת זכאות לקצבת נכות ושאימים מלאה גם במקרה של נכות חלקית:

לתשומת לבך!
במקרה שמאושרת נכות חלקית, הכיסוי הביטוחי (קצבת הנכות והמשך זקיפת ההפקדות (שיחורור) לחשבון בקרן הפנסיה) יהיה לפי שיעור הנכות שאושר בלבד ולכן לצורך שמירה על הכיסוי **המלא** למקרה של החמרה בנכות או למקרה של פטירה, יש להמשיך ולשלם את עלות הכיסוי הביטוחי (ריסק) גם על החלק שמעבר לחלקיות הנכות שאושרה. אם לא ישמר הכיסוי הביטוחי במקרה של נכות חלקית, ותחול החמרה והגדלה של שיעור הנכות, לא תהיה זכאות להגדלת קצבת הנכות לנכות מלאה או לשיעור נכות גבוה יותר. כמו כן, במקרה של פטירה, הקצבה לשאימים תחושב באופן חלקי בלבד וזאת בהתאם לשיעור הנכות שאושר ולא בהתאם לשכר המלא שהיה לפני הנכות. במקרה בו בתקופת הנכות החלקית ימשכו ההפקדות השוטפות בגינך (באמצעות מעסיקך או באופן אחר), לא יבוצע ניכוי ריסק כפול ועלות הריסק תנוכה רק פעם אחת.

☐ אם תאושר לי נכות חלקית, אני מבקש/ת להמשיך ולשלם על הכיסוי הביטוחי **המלא** באמצעות ניכוי עלות הכיסוי הביטוחי (ריסק) מיתרת החיסכון הצבורה על שמי וזאת לתקופה המירבית האפשרית ולא יותר מ- 24 חודשים (ברירת מחדל).

☐ אם תאושר לי נכות חלקית אני מבקש/ת לא לשלם את עלויות הכיסוי הביטוחי (ריסקים) עבור יתרת הכיסוי הביטוחי ובכך להביא לביטול יתרת הכיסוי הביטוחי. ידוע לי כי ככל שתיבחר אפשרות זו, ותחול הגדלה של הנכות לא תהיה זכאות לקצבה גדולה יותר, ובמקרה פטירה הקצבה לשאימים תחושב באופן חלקי בלבד.

אם לא תסומן אף אחת מהאפשרויות לעיל, תחול האפשרות הראשונה לעיל - ועלות הביטוח עבור הכיסוי הביטוחי (ריסק) שמעבר לחלקיות הנכות שאושרה, ישולמו בדרך של ניכוי מיתרת החיסכון הצבורה בתוכנית על שמך, וזאת לתקופה המירבית האפשרית ולא יותר מ- 24 חודשים. לאחר תום 24 חודשים ככל שלא יחול שינוי באפשרותך למסור לחברה הוראת קבע לתשלום מלא עבור החלק שמעבר לחלקיות הנכות שאושרה.

בחירתי לעיל, הינה לאחר שקראתי את ההשלכות המפורטות לעיל והבנתי את משמעותן.

תאריך	חתימת העמית★

(מחזור 05.2025)



076234670405010525

עמוד 4 מתוך 12 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 623



שם	מספר זהות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

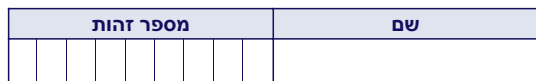
ד. הצהרות העמית

1. אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים, מדויקים ושלמים ואני אחראי לאמיתותם ואני מתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי הנהלת הקרן תהיה רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.
 2. ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ו/או אישורים ו/או פרטים נוספים כתנאי לתשלום או להמשך תשלום פנסיה ו/או אחר.
 3. ידוע לי כי לאחר התחלת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי.
 4. אני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות פרטים, שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
 5. ידוע לי כי אם יתברר בעתיד שבטעות שולמו לי תשלומים שאיני זכאי להם, אזי תהיה הקרן רשאית לבצע תיקונים ו/או התאמות נדרשות וכן לקזז התשלום מתשלום הקצבה ו/או מכל סכום שיעמוד לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, על-פי כל דין.
 6. ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, כל חוב שלי ו/או של הרשומים לעיל, לרבות יתרת הלואאות שניתנו על-ידי הקרן.
 7. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום קצבה ו/או אחר המגיע לי ו/או לשאיירי ו/או למוטביי ו/או ליורשיי, את מלוא המיסים ו/או ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ו/או המוטלים על העמית ו/או שאיריו ו/או מוטביו ו/או יורשיו בגין תשלום של הקרן אליהם.
 8. אני מתחייב בזאת להודיע למגדל מקפת מידית על כל שיפור שיחול במצב בריאותי אשר יאפשר חזרתי לעבודה מלאה או חלקית באופן השונה מהמצב הרפואי על-פיו אושרה לי הקצבה.
 9. ידוע לי כי אם אשה מחוץ לישראל במשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, אני מתחייב להודיע לקרן הפנסיה על שהייתי מחוץ לישראל ולמסור לקרן פרטים ליצירת קשר עימי בתקופת שהותי מחוץ לישראל. כמו כן, לצורך בדיקת זכאותי להמשך קבלת קצבה, אני מתחייב להמציא לקרן הפנסיה "אישור חיים" מדי תקופה, בהתאם לבקשת הקרן.
 10. ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי לקבלת תשלום לטובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "**הבנק**"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאימות ובדיקת תקינות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מספר זיהוי ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני (להלן: "**הליך האימות**"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל, ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה, בנוגע להליך האימות, כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי המידע של החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל, באמצעות פניה לחברה, ובלבד שהבקשה לאימות טרם נשלחה למס"ב.
 11. **הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות:** ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.
- אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע יכולה למנוע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים.
- אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.
- ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן.
- בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedpe@migdal.co.il.
- מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

חתימת
העמית★

תאריך





מספר זהות	שם

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון



הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי קצבה

לכבוד

שם בנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	יישוב	מיקוד

פרטי חשבון הבנק לתשלום הקצבה

ת"ז בעל החשבון	מספר חשבון בנק	שם בעל החשבון	שם בנק	שם סניף	מספר סניף

נכבדי,

הואיל ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או יוזמה קרן פנסיה לעצמאים משלמת / תשלם לי מידי חודש בחודשו קצבה חודשית, אשר נזקפת / תיזקף על-ידכם, לפי בקשתי, לזכות חשבוני אצלכם, אני נותן לכם בזה, לפי בקשת הקרן, הוראה מוחלטת ובלתי חוזרת, להחזיר לקרן לפי דרישתה הראשונה כל סכום שיועבר על-ידה לחשבוני שלא כדין ומבלי שהיתה לי זכות לסכום זה, בהתאם לקביעת הקרן ומבלי שייפגעו זכויותי כאמור להלן, וזאת כל עוד מצב חשבוני יאפשר לי זאת ו/או לא תהיה כל מניעה חוקית לביצוע הוראתי זו.

ידוע לי שאוכל להורות לבן משפחה לפעול מטעמי בחשבון לאחר תיאום הנושא עם הקרן.

הוראותי הנ"ל אינן ניתנות לכל שינוי או לביטול בלי הסכמת הקרן מראש ובכתב, והן יישארו בתוקפן גם אחרי שזכותי לקצבה תפוג לחלוטין. למען הסר ספק, ומבלי לגרוע בהחלטיות הוראותי הנ"ל, מוצהר בזה שאין לראות בהוראה זו שום ויתור או מחילה על זכות כלשהי המגיעה לי ו/או לזכאים מכוח זכותי על-פי תקנון הקרן, וכי הוראה זו ניתנת כדי לאפשר לקרן להחזיר לעצמה כספים ששילמה לי מבלי שהייתי זכאי להם על-פי תקנונה, בהתאם לקביעתה וזאת מבלי לגרוע מזכותה לפעול בכל הליך אחר להשבת סכומים ששולמו על-ידה ביתר.

הוראתי זו כוחה יפה רק לגבי כספים שהועברו לחשבוני על-ידי הקרן, ובשום מקרה אין לנהוג לפיה לגבי סכום גבוה יותר מסך הסכומים שהועברו על-ידי הקרן.

ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי לקבלת תשלום לטובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "הבנק"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאימות ובדיקת תקינות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מספר זיהוי ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני (להלן: "הליך האימות"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל, ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה, בנוגע להליך האימות, כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי המידע של החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל, באמצעות פניה לחברה, ובלבד שהבקשה לאימות טרם נשלחה למס"ב.

חתימת
העמית★

תאריך

לצורך תשלום לחשבון הבנק הנ"ל יש לצרף המחאה מקורית מבוטלת או להחתים את הבנק על האישור מטה

אישור הבנק:

יש לחתום במקום המיועד ולהחזיר לקרן

מספר
זהות

מתנהל
על שם
המבוטח

אנו מאשרים כי
החשבון שמספרו

חתימת
הסניף★

תאריך



0713310000101010225

עמוד 8 מתוך 12 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1331

מספר זהות	שם

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון



ויתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב
רחוב	מס' בית	מס' דירה	יישוב
מספר טלפון	מיקוד		

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת החולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או חברות ביטוח ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל עובדיהם ו/או מי מטעמם (להלן "המוסדות") למסור מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמם ו/או לבאי כוחן (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש ע"י המבקש המצויים בידי המוסדות, על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שאחלה / שחליתי / שאני חולה בה, ואני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם מוסד

שמות נותני השירותים

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

שם קופ"ח קודמת

ב. חתימת אפוסטרופוס - במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוסטרופוס
					★
					★

ג. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק/ סוכן ביטוח בצירוף חותמת / מספר רישיון סוכן.

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד ★

ד. חתימת העמית

תאריך	מספר זהות	חתימת העמית ★

(מהדורה 12.2024)



071060000101011224

עמוד 9 מתוך 12 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 106

סמון/י $\sqrt{\quad}$ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
מגדל מקפת קרנות פנסיה	ת"ד 3778, קרית אריה, פתח תקווה מיקוד 4951106	03-9201010	9 3 5 9 6 7 8 5 1

ב.ב. פרטי העובדת/ (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רישיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		תאריך עליה	
מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)						כתובת פרטית			
רחוב/שכונה		מספר		עיר/ישוב		מיקוד			
מין		מצב משפחתי		תושב ישראל		חבר קיבוץ/מושב שיתופי		חבר בקופת חולים	
☐ זכר ☐ נקבה		☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)		☐ כן ☐ לא		☐ לא ☐ כן. הכנסותיי ממעסיק זה מועברות לקיבוץ ☐ כן. הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ ⁽⁸⁾		☐ לא ☐ כן, שם הקופה	
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון		/		מספר טלפון נייד		/	

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעסיק זה

סמך/י $\sqrt{\quad}$ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך
בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

תאריך תחילה העבודה (1) בשנת המס	אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)
	☐ משכורת חודש (2) ☐ משכורת בעד משרה נוספת (3) ☐ משכורת חלקית (4) ☐ שכר עבודה (עובד יומי) (5) ☐ קצבה (6) ☐ מלגה (1)

[illegible]

ה. פרטים על הכנסות אחרות

☐ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה⁽¹⁾

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

☐ משכורת חודש⁽²⁾ ☐ שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

☐ משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾ ☐ קצבה⁽⁶⁾

☐ משכורת חלקית⁽⁴⁾ ☐ מלגה⁽¹⁾

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/:

☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסת זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת⁽⁷⁾

☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו⁽⁸⁾

☐ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾

☐ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) ☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
	עמוד 10 מתוך 12 דפים	/ /	

עמוד 10 מתוך 12 דפים

קוד מסמך 156

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1	☐ אני תושב/ת ישראל.
2 א	☐ אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בחלק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות ממשכורת, מקצבה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
2 ב	☐ בנוסף, אני מקבל תגמול חודשי לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) או לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה ⁽¹⁴⁾ . יש לצרף אישור על קבלת תגמול זה.
3	☐ אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה ⁽¹³⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.
4	☐ אני עולה חדש/ה מתאריך _____. לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____. מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנויים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. חובה לצרף: תעודת עולה.
5	☐ בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.
6	☐ אני הורה במשפחה חד הורית ⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
7	☐ בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹²⁾ . ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם 5 שנים בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____.
8	☐ בגין ילדיי המפורטים בחלק ג. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽¹²⁾ . ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
9	☐ אני הורה יחיד ⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בחלק ג ובהתאם לסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	☐ בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
11	☐ אני הורה ל_____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
12	☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
13	☐ מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
14	☐ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____. מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
15	☐ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1	☐ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעסיק זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.															
2	☐ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת ⁽¹⁾ כמפורט להלן:															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ה מ ע ס י ק / מ ש ל מ מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾</th> </tr> <tr> <th>ש</th> <th>כ ת ו ב ת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	ה מ ע ס י ק / מ ש ל מ מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾			ש	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים			9			9			9
ה מ ע ס י ק / מ ש ל מ מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾																
ש	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים														
		9														
		9														
		9														
3	☐ פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.															

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי. _____ תאריך _____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעסיק" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש
- (3) משכורת בעד משרה נוספת
- (4) משכורת חלקית
- (5) שכר עבודה
- (6) קצבה
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: הורה, אלמן, פורד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד
- (13) ישוב מזכה
- (14) עובד ימלא משבצת זו (ב2) - רק בתנאי שמילא את המשבצת ב



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים
סניף _____

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

לכבוד

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה/אובדן כושר לאישה נשואה
מחודש _____ עד חודש _____ לשנת _____

פרטי המבקשת					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב 	
כתובת					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי		טלפון נייד 		דואר אלקטרוני: _____ @ _____	
☐ אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					

הצהרה
אני מצהירה בזאת כי בתקופה שבנדון אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי, איני מקבלת חלף שכר (כדוגמא: ימי מחלה או ימי חופשה), איני נמצאת בחל"ת ואיני מקבלת אחת מהגמלאות המחליפות שכר (דמי לידה, שמירת הריון, דמי פגיעה ופש"ר), 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 * _____