



שם	מספר זהות
מספר תכנית	

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

## נספח א' - למילוי בידי העמית

אני מבקש בזאת, בכפוף לתקנון הקרן וליתרת הזכאות הרשומה על שמי, לקבל קצבת נכות החל מתאריך \_\_\_\_\_ בהתאם לנתונים המפורטים בבקשה זו ולמסמכים המצורפים.  
האמור בכל ההסברים שבטופס, כפוף לתקנון קרן הפנסיה של מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, והאמור בתקנון הוא הקובע.

### שאלון לעמית מבקש קצבת הנכות

נסיבות הבקשה:

- מחלה  תאונה  
 שמירת הריון  תאונה אישית  תאונת עבודה  מחלת מקצוע  תאונת דרכים  תאונת דרכים/עבודה  אחר \_\_\_\_\_
- הנך מתבקש לענות בכתב על כל השאלות שלהלן:
- מועד הפסקת העבודה כתוצאה מהתאונה או המחלה (גם אם שולמו ימי מחלה מאותו מועד) \_\_\_\_\_ .
  - פרט את מהלך הסיבות והתוצאות של התאונה / המחלה: \_\_\_\_\_
  - במקרה של תאונה, מתי קרתה? במקרה של מחלה - מתי הופיעו לראשונה סימנים למחלה: \_\_\_\_\_
  - מי הם הרופאים והמוסדות הרפואיים שמהם קיבלת טיפול בקשר לנכות זו? \_\_\_\_\_
  - האם איבדת את יכולתך לבצע פעולה מפעולות היום יום?  לא  כן (במידה והתשובה היא כן, נא סמן את הפעולות המתאימות):  
 לקום ולשכב  להתלבש ולהתפשט  להתרחץ  לאכול ולשתות  לשלוט על הסוגרים  נייודות באופן עצמאי  תשישות נפש  
כמו כן, נא ציין מתי איבדת את יכולתך לבצע פעולה/ות אלו \_\_\_\_\_ .
  - מסור פרטים מדויקים על עיסוקך ותפקידך בעבודתך ערב קרות אירוע הנכות:  
6.1 עיסוקך ותפקידך \_\_\_\_\_  
6.2 מספר שנים בהן היית בעיסוקך / תפקידך הנ"ל \_\_\_\_\_  
6.3 האם שינית מקצוע או משלח-יד מאז הצטרפת לקרן הפנסיה, אם כן, נא מסור פרטים על השינוי \_\_\_\_\_  
6.4 האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרות אירוע הנכות ואם כן מתי? \_\_\_\_\_  
6.5 פרט השכלה, הכשרות תעסוקתיות, לימודים ועוד: \_\_\_\_\_
  - האם הנך מסוגל לעבודה כלשהי? אם כן איזו? \_\_\_\_\_
  - האם הנך עובד כעת בעבודה כלשהי למען שכר או תגמול? אם כן מהי ומה הכנסתך החודשית? \_\_\_\_\_
  - האם הנך נוהג ובעל רישיון בתוקף? \_\_\_\_\_

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת העמית★

### קצבת נכות כתוצאה משמירת הריון

אני מצהירה כי בקשתי זו הינה בגין אובדן כושר עבודה שנגרם כתוצאה משמירת הריון. ככל שתאושר בקשתי אבקש (יש לבחור אחת מהאפשרויות הבאות):  
 שהקרן תשלם לי קצבת נכות כולל זקיפת דמי גמולים\* עבור תקופת הנכות ובהתאם לחלקיותה. ידוע לי כי במקרה שתהיה לי זכאות לתשלום גמלת שמירת הריון מהמוסד לביטוח לאומי עבור שמירת הריון, רשאי המוסד לביטוח לאומי לבטל לחלוטין את גמלת שמירת הריון או להקטינה.  
 שהקרן לא תשלם לי קצבת נכות ותבוצע זקיפת דמי גמולים בלבד\* עבור תקופת הנכות ובהתאם לחלקיותה.  
\*זקיפת דמי גמולים ("שחרור") - ביצוע הפקדות לקרן הפנסיה ע"י הקרן לצורך שמירה על הזכויות בקרן.  
בחירת זו הינה סופית ומחייבת ולא תהיה לי טענה כלפי קרן הפנסיה או מי מטעמה בעניין זה ואני מתחייבת לשפות ולפצות את קרן הפנסיה ככל שתועלה טענה כלפיה בעניין זה.

תאריך	חתימת העמית★



071060000101190722

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 106 | לשימוש פנימי - X:  חב 1  חב 7