

מילוי פרטים אישיים

שם פרטי:

שם משפחה:

מספר תעודת זהות:

תאריך לידה:

הצהרה לגבי הכנסות נוספות (נא סמן):

☐ אין לי הכנסות נוספות מלבד קצבת הנכות המשולמת ע"י הקרן.

☐ יש לי הכנסות נוספות מלבד קצבת הנכות המשולמת ע"י הקרן:

- הכנסת עבודה (שכיר) פירוט:
- יש לצרף 12 תלושי שכר שקדמו למועד האירוע וכן תלושי שכר ממועד האירוע ועד היום / הצהרת מעסיק לעניין תקופת העסקתך, את הצהרת המעסיק ניתן למצוא בערכה "תביעה לקבלת קצבת נכות" המופיע באתר האינטרנט שלנו או לחלופין באמצעות פניה למענה טלפוני תביעות פנסיה.
- הכנסה מעסק ומשלח יד (עצמאי) פירוט:

לעמית שכיר / לעמית שהועסק בעבר ואינו עובד כעת

לטופס זה הריני מצרף דו"ח רציפות ביטוח מתחום הביטוח והגביה במוסד לביטוח לאומי; הטופס מתייחס לתקופה שמיום תחילת זכאותי לקצבת נכות, או מן המועד האחרון שלגביו הגשתי לקרן טופס כאמור בעבר, לפי המאוחר.

את הטופס ניתן להזמין בצירוף פרטיך האישיים (שם ומס' ת.ז.) באמצעים הבאים:

- בדואר: המוסד לביטוח לאומי - מח' רציפות ביטוח, שד' ויצמן 13, ירושלים 95437
- באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי: www.btl.gov.il

תחת הורדת טפסים / אישורים / תקופות עבודה / אישור תקופות ביטוח ומעסיקים.

לעמית עצמאי

לטופס זה הריני מצרף שומה עצמית לשנת המס האחרונה.

פרטיות

הראל חברה לביטוח בע"מ, הראל פנסיה וגמל בע"מ והחברות המנהלות של הפנסיה והגמל ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

הצהרה

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי הפרטים שמילאתי בטופס זה מלאים ונכונים; ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לדרוש ממני כספים ששולמו לי על פרטים שמסרתי ואינם נכונים.

אני מתחייב/ת להודיע לקרן הפנסיה על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי ובמצב הכנסתי תוך חודש ימים מן היום בו נודע לי על השינוי.

חתימה

מספר תעודת זהות

שם מלא

תאריך



dt15528