

שם העמית הנפטר ז"ל	מספר זהות
מספר תוכנית/ות	תאריך
מספר תביעה	

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

## דף הנחיות לטופס 485 הגשת בקשה - תשלום פנסיית שאירים

### שאייר נכבד,

משתתפים בצערך על מות יקירך.  
על מנת לסייע לנו לטפל בבקשה בצורה יעילה ומהירה, נודה לך יועברו לידינו המסמכים המפורטים להלן.  
אם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בבקשה, יש למלא או לחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס הבקשה.  
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר הבקשה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:  
- דואר אלקטרוני מאובטח. תנאי משלוח ההודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו תשלח סיסמה לצורך פתיחת ההודעה.  
- דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה.

- פקס.

נבקש לסמן את הבחירה על גבי טופס זה במקום המיועד לכך בטופס הבקשה.

### 1. סעיף א' - פרטי הנפטר

יש למלא את פרטיו האישיים של המבוטח הנפטר.

### 2. סעיף ב' - פרטים על שאיריו של העמית שנפטר

הזכאים לפנסיית שאירים הינם: אלמן/נה, יתום, בן מוגבל, בן מוגבל נבחר, הורה, הורה נבחר.

• יש למלא את פרטי האלמן (בעל / אישה או ידועה/ בציבור).

• יש למלא את פרטי ילדיו של הנפטר. נא לציין האם מדובר ביתום שהינו בן מוגבל.

• יש למלא את פרטי ההורה כהגדרתו בטופס.

• יש למלא את כתובות השאירים שפורטו בטבלה לרבות מספר טלפון.

### 3. סעיף ג' - בקשת היוון של הפנסיה לאלמן/נה (סעיף שאינו חובה)

אלמן/נה רשאים לבקש להוון עד 25% מהפנסיה לתקופה של עד 5 שנים ולקבלה כסכום חד-פעמי ובלבד שגילו/ה אינו עולה על 60 ויתרת סכום הפנסיה השוטפת לה זכאי/ת האלמן/נה, מעבר להיוון, מהווה לפחות סכום שכר המינימום במשק.

בחירה באפשרות זו מקטינה את גובה הפנסיה החודשית.

יש לציין בטופס את שיעור הסכום להיוון (עד 25%) ולסמן את תקופת ההיוון המבוקשת (משנה עד 5 שנים).

### 4. נספח - שאלון לרופא

נועד למילוי בידי רופא המשפחה אשר טיפל במנוח.

### 5. מסמכים שיש לצרף לבקשה

• תצלום תעודת זהות כולל ספח, של האלמן/נה.

• תצלום תעודת זהות כולל ספח, של הנפטר או לחילופין תצלום של תעודת נישואין.

• תצלום של תעודת הזהות או תעודת לידה של הילדים השאירים.

• צו ירושה או צו קיום צוואה (אם קיימים).

• תצלום תעודת פטירה.

• אישור הרופא המטפל / מסמך רפואי אחר המעיד על סיבת הפטירה.

• טופס "ויתור סודיות שאירים" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק / סוכן ביטוח בצירוף חותמת / מספר רישיון סוכן). מצ"ב.

• טופס "הוראה לביצוע העברה בנקאית של תשלומי פנסיה" חתום על ידי בעל החשבון / חתום על ידי הבנק.

- כאשר גובה הפיצוי החודשי הינו עד 10,000 ש"ח, יש להמציא לחברתנו תצלום המחאה או אישור לניהול חשבון בנק.

- כאשר גובה הפיצוי החודשי הינו מעל 10,000 ש"ח, יש להמציא לחברתנו תצלום המחאה בצירוף אישור לניהול חשבון בנק.

• טופס 101 של מס הכנסה - הצהרה על הכנסות אחרות (מצ"ב). להלן הסבר תמציתי 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.

בטופס זה נרשמים פרטיך האישיים ופרטים בדבר הכנסות נוספות המשפיעים על חישוב המס.

**תשומת ליבך לחובת המילוי בחלק ה' - "פרטים על הכנסות אחרות":**

1. במידה והנך מצהיר בטופס 101 כי אין לך הכנסות נוספות, ניכי המס יחושב ע"פ מדרגות מס רגילות בקיזוז הזיכויים השונים (נקודות זיכוי וכו').

2. במידה והנך מצהיר כי יש לך הכנסה נוספת, יש לצרף אישור תאום מס, בהעדר אישור תיאום מס ינוכה מס מרבי.

**לתשומת ליבך! קיימת חשיבות רבה למילוי טופס זה, לצורך חישוב גובה הקצבה החודשית.**

**במידה ולא יועבר הטופס במועד - ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה החודשית.**

ניתן להעביר את טופס הבקשה והמסמכים הרלוונטים למייל: [makefetclaim@migdal.co.il](mailto:makefetclaim@migdal.co.il) / פקס מס' 076-8869264 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות פנסיה.

יש לחתום בתחתית הטופס ולהוסיף את תאריך החתימה.

אנו מודים על שיתוף הפעולה  
שלא תדע עוד צער  
בברכה,  
תביעות פנסיה

מידע נוסף ניתן למצוא באתר [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il) אצל סוכן הביטוח שלך

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

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך 625 | לשימוש פנימי - סמן X:  חב 1  חב 7



016254850104270817

עמוד 1 מתוך 4 דפים



שם העמית הנפטר ז"ל	מספר זהות
מספר תוכנית/ות	תאריך
מספר תביעה	

## טופס הגשת בקשה - תשלום פנסיית שאירים

טופס מספר **485**

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

אני מבקש בזאת, בכפוף לתקנון, לקבל פנסיית שאירים 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.

א. פרטי הנפטר			
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי במועד הפטירה	
	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>	
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
	מספר פקס		
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות באחת מהדרכים הבאות: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> פקס <input type="checkbox"/> במידה ולא תתקבל כל תשובה, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה. * יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.			

ב. פרטים על שאיריו של העמית שנפטר					
בהתאם לתקנון הקרן, שאירים הזכאים לפנסיה הם:					
• אלמן/נת עמית - בעל/אישה או ידוע/ה בציבור, על-פי פסיקת רשות שיפוטית מוסמכת, של העמית שנפטר.					
מספר זהות	שם משפחה של בן / בת זוג	שם פרטי של בן / בת זוג	מספר טלפון נייד	תאריך לידה	מין
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
• יתום - בן של עמית שנפטר או בן מאומץ כחוק, בן חורג שכל פרנסתו היתה באחריותו של המבוטח שנפטר, והכל אם טרם מלאו לו 21 שנים.					
• בן מוגבל - בן של עמית שנפטר שאינו מסוגל לכלכל את עצמו בשל מצב בריאותו ושניהיה בן מוגבל לפני היותו בן 21 שנים, כהגדרתם בתקנון.					
• בן מוגבל נבחר - בן של עמית שנפטר שמחמת מצב בריאותו אינו מסוגל לכלכל את עצמו, לפי קביעת רופא מטעם הקרן, ושהעמית רכש בגינו פנסיה בהתאם לתנאים המפורטים בתקנון הקרן.					
היה ואחד מן היתומים המפורטים להלן הוא בן מוגבל או בן מוגבל נבחר, כהגדרתם בתקנון, יש לצרף אישורים על מצב בריאותו.					
מספר זהות	שם משפחה של הילד	שם פרטי של הילד	מספר טלפון נייד	תאריך לידה	מין
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>

כתובות השאירים						
שם מלא	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	מיקוד	מספר טלפון נייד

• הורה - אמו ו/או אביו של עמית שנפטר, או הורה חורג או הורה מאמץ, שהיו תלויים בעמית בפרנסתם ושהיו סמוכים על שולחן העמית במועד פטירתו, ואין להם הכנסה אחרת מלבד קצבת ביטוח לאומי הכוללת הבטחת הכנסה ו/או השלמת הכנסה.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון נייד	תאריך לידה	מין
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
• הורה נבחר - הורה של העמית שנפטר, או הורה חורג או הורה מאמץ, או אחד מהורי אשתו / בעלה של העמית, שהעמית רכש בגינו פנסיה בהתאם לתנאים המפורטים בתקנון הקרן.					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון נייד	תאריך לידה	מין
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>

מחזורת 08.2017



014854850204270817

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

עמוד 2 מתוך 4 דפים

קוד מסמך 625 | לשימוש פנימי - סמן X:  חב 1  חב 7



שם העמית הנפטר ז"ל	מספר זהות
מספר תוכנית/ות	תאריך
מספר תביעה	

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

### ג. בקשת היוון של הפנסיה לאלמן/נה (סעיף שאינו חובה)

אלמן/נה זכאי/ת לבקש היוון של עד 25% מהפנסיה ולקבלו בסכום חד-פעמי ובלבד שנתקיימו לגביו התנאים האלה:

- גילו אינו יותר מ-60.
- יתרת סכום הפנסיה השוטפת לה הוא זכאי, מעבר להיוון, מהווה לפחות סכום שכר המינימום במשק, הידוע במועד הגשת ההיוון.  
אבקש להוון % \_\_\_\_\_ (עד 25%) מפנסיית האלמן לתקופה של:  1 שנה  2 שנים  3 שנים  4 שנים  5 שנים  ללא היוון.

### ד. הצהרות המבקשים

- 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.
- 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.
- ידוע לי כי לאחר התחלת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי.
- אני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות פרטים, שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי כי אם יתברר בעתיד שבטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אזי תהיה הקרן רשאית לבצע תיקונים ו/או התאמות נדרשות וכן לקזז התשלום מתשלום הפנסיה ו/או מכל סכום שיעמוד לי, וזאת מבלי לגרום מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, על-פי כל דין.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, כל חוב שלי ו/או של הרשומים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו על-ידי הקרן.
- ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה ו/או אחר המגיע לי את מלוא המיסים ו/או ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ו/או המוטלים על המבוטח בגין תשלום של הקרן אליהם.
- ידוע לי כי ככל שיתברר כי הפנסיה לה אנו זכאים מקרן הפנסיה 'מגדל מקפת אישית' תהיה נמוכה מפנסיית המינימום (פנסיה שאינה עולה על 5% מהשכר הממוצע במשק), ינוכדמי ניהול נוספים בשיעור שלא יעלה על 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין הפנסיה המשולמת.

תאריך	חתימת השאירים	חתימת השאירים	חתימת השאירים
	★	★	★

### ה. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' \_\_\_\_\_ מספר זהות / מספר רישיון סוכן \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" ולקבל מ"מגדל חברה לביטוח בע"מ" את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת השאירים
		★

### ו. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או תכניות הפנסיה שבניהול מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ (להלן: "החברה"), נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר לעמית ו/או לזכאים אחרים 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.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מס' זהות	חתימת השאירים
			★

(מהדורה 08.2017)





שם העמית הנפטר ז"ל	מספר זהות
מספר תוכנית/ות	תאריך
מספר תביעה	

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

## נספח - שאלון לרופא

למילוי בידי רופא המשפחה  
חלק זה ימולא על ידי רופא המשפחה אשר טיפל במנוח.

רופא נכבד,  
על מנת להקל על הטיפול בפניית השאיר, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

א. פרטי רופא המשפחה					
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מספר טלפון במרפאה	מספר טלפון נייד	
יישוב	רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר פקס					דואר אלקטרוני

ב. פרטי המנוח		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

**ג. פרטים על מצבו הבריאותי של המנוח**

1. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות מהן סבל המנוח: \_\_\_\_\_

2. נא פרט מה הייתה סיבת הפטירה: \_\_\_\_\_

3. התלונות / הסימנים לבעיה הרפואית בעקבותיה נפטר המנוח החלו בתאריך: \_\_\_\_\_

4. נא פרט היסטוריה רפואית / בדיקות רפואיות: \_\_\_\_\_

5. המנוח היה באובדן כושר עבודה מתאריך \_\_\_\_\_ ועד לתאריך \_\_\_\_\_

חתימת הרופא המטפל★
--------------------------

תאריך
-------

קוד מסמך 1202 | לשימוש פנימי - סמן X:  חב 1  חב 7  
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ



014854850404270817

עמוד 4 מתוך 4 דפים