

הסתדרות עובדי המדינה – הקרן לביטוח החדדי

טופס תביעה לקבלת מענק בגין נכות

פרטי התביעה בחתימת העובד/ת (להלן: "התובע/ת")

שם העובד/ת _____ ת.ז. _____

תאריך לידה _____ מקום מגורים _____

עבד/ה במשרד _____ מאז שנת _____ חבר בקרן מאז שנת _____

סמנו את המקרה המתאים:

____ נכות רפואית צמיתה בשיעור 100% נקבעה ביום _____ בתוקף מיום _____.

____ נכות רפואית בשיעור 100% נקבעה ביום _____ באופן זמני לתקופה שמיום _____ עד יום _____¹.

הגורם המוסמך מטעם הקרן שקבע את הנכות: _____

תאריך פרישה מהשירות עקב הנכות _____

פרטי חשבון בנק לזיכוי – לשם תשלום המענק:

את המענק אבקש להעביר לזכות חשבון על שמי, מס' _____

בבנק _____ סניף מס' _____ כתובת הסניף: _____

תאריך _____ חתימת התובע/ת _____

אישור המשרד

העובד/ת _____ היה/היתה עובד/ת במשרד מאז שנת _____

וחבר/ה בקרן מאז שנת _____

העובד/ת פרש/ה מהשירות בתאריך _____ עקב:

____ נכות רפואית צמיתה בשיעור 100% (בהתאם למפורט לעיל)

____ נכות רפואית בשיעור 100% זמנית (בהתאם למפורט לעיל)

מאז הצטרפותו/ה לקרן העובד/ת שילם/ה מלוא הפרמיה באופן רציף כן / לא

אם לא – יש לציין את מועדי אי-התשלום והסיבה: _____

חתימת המשרד

מסמכים שיש לצרף:

אישור על נכות רפואית בשיעור 100% צמיתה/זמנית

צילום תעודת זהות כולל ספח

אישור על הפסקת עבודה מחמת מצב בריאות

אישור הבנק באשר לזהות בעל החשבון / העתק שיק המאשר כי חשבון העו"ש לזיכוי מתנהל על

שמו/ה של התובע/ת.

¹ ככל שהנכות הרפואית בשיעור 100% היא זמנית, על העמית להגיש אישור על צמיתות הנכות בתוך 24 חודשים ממועד פרישתו מהשירות, כתנאי לזכאות למענק (כפוף למילוי יתר תנאי תקנון הביטוח ההדדי).