



הקרן לביטוח הדדי לחברי
הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

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 _____
טלפון _____

סמנו את המקרה המתאים:

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

הגורם המוסמך שקבע את הנכות: _____
תאריך פרישה מהשירות עקב הנכות _____ גיל במועד הפרישה _____
פרטי חשבון בנק לזיכוי – במידה שאהיה זכאי לתשלום 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: (נא לסמן את התשובה)

נכות רפואית צמיחה בשיעור 100% (בהתאם למפורט לעיל) _____
נכות רפואית בשיעור 100% זמנית מעל 24 חודשים (בהתאם למפורט לעיל) _____

- מאז הצטרפותו/ה לקרן העובד/ת שילם/ה מלוא הפרמיה באופן רציף: כן / לא (נא להקיף בעיגול את התשובה)
- אם לא – יש לציין את מועדי אי-התשלום והסיבה: _____
- הפרמיה עד לסוף השנה הנוכחית נוכחה במלואה: כן / לא (נא להקיף בעיגול את התשובה)

חתימת המשרד _____

עמוד 1 מתוך 2

הקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

רח' הלל 8, ירושלים | מיקוד 9458108

טל': 02-6258343, 02-6257630 | פקס: 02-6245706

b-haddi@zahav.net.il



הקרן לביטוח הדדי לחברי
המסדרות עובדי המדינה בע"מ

מסמכים שיש לצרף:

- א. אישור על נכות רפואית בשיעור 100% צמיתה/זמנית מעל 24 חודשים – מקורי או העתק נאמן למקור חתום ע"י עו"ד
- ב. צילום תעודת זהות כולל ספח
- ג. אישור המעסיק על פרישה מהעבודה מחמת מצב בריאות – מקורי או העתק נאמן למקור חתום ע"י המשרד/עו"ד
- ד. אישור הבנק באשר לזהות בעל החשבון (מקורי או העתק נאמן למקור חתום ע"י עו"ד) / העתק שיק קריא המאשר כי חשבון העו"ש לזיכוי מתנהל על שמו/ה של התובע/ת.
- ה. אישור על תשלום דמי חבר עד תום השנה הקלנדרית

*יש לשלוח בדואר את כל המסמכים הנ"ל כולל טופס תביעה מקורי מלא וחתום על ידי התובע והמשרד

¹ ככל שהנכות הרפואית בשיעור 100% היא זמנית או לתקופה הפחותה מ-24 חודשים, על העמית להגיש אישור על צמיתות הנכות או הארכתה מעל 24 חודשים וזאת בתוך 24 חודשים ממועד פרישתו מהשירות, כתנאי לזכאות למענק (ובכפוף למילוי יתר תנאי תקנון הביטוח ההדדי).

עמוד 2 מתוך 2

הקרן לביטוח הדדי לחברי המסדרות עובדי המדינה בע"מ

רח' הלל 8, ירושלים | מיקוד 9458108

טל': 02-6258343, 02-6257630 | פקס: 02-6245706

b-haddi@zahav.net.il