

טופס הצהרה לשנת _____

| מס' תביעה | תאריך לידה | שם פרטי | שם משפחה | מס' תעודת זהות | | | | | | |
|-------------------------|---------------------------------------------|---------|----------|----------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
| תאריך תחילת קבלת הפנסיה | שיעור פנסיית הנכות שנקבעה ע"י הועדה הרפואית | | כתובת | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

הצהרה לגבי הכנסות נוספות (סמן X במשבצת המתאימה):
בהיעדר סימון נראה בהצהרה זו לפיה אין לך הכנסות מעבודה.

- א. אין לי הכנסות נוספות מעבודה.
- ב. יש לי הכנסות נוספות מעבודה.

- שכיר** – לטופס זה הריני מצרף אישור תקופות דיווח, תקופות עבודה ופרטי מדווחים מהמוסד לביטוח לאומי כמפורט מעלה לגבי התקופה שמיום תחילת הזכאות לפנסיית נכות, **כל** תלושי השכר ממקום עבודתי בשנה קודמת (מינימום 3 תלושים) ואישור מעסיק על היקף משרה בה אני מועסק.
- עצמאי** – לטופס זה הריני מצרף שומה עצמית לשנת המס האחרונה או אישור רו"ח על הכנסה חייבת במס.

הצהרה

הריני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי הפרטים שמילאתי בטופס זה מלאים ונכונים והם מהווים בסיס לזכאותי לפנסיית נכות. ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית להפסיק את תשלומי פנסיית הנכות וכן לדרוש ולקזז ממני כספים ששולמו לי אם מסרתי פרטים לא נכונים.

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

| תאריך | שם פרטי ומשפחה | ת.ז. | חתימה |
|-------|----------------|------|-------|
| | | | |

האמור לעיל נכתב בלשון זכר משיקולי נוחות אך מתייחס לשני המינים.