

הנחיות להגשת תביעת אובדן כושר עבודה

מבוטח יקר,

אנו שולחים לך איחולי החלמה מהירה ומלאה. כלקוח שרכש כיסוי ביטוחי למקרה של אובדן כושר עבודה בחברתנו, באפשרותך להגיש תביעה בהתאם לתנאי הפוליסה.

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח, נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים כפי שמפורט בטופס.

אם הנך מתקשה במילוי הטופס, אל תהסס להתקשר לסוכן הביטוח שלך שישמח לעזור ולייעץ לך.

יודגש, כי אין במפורט בהנחיות אלו כדי להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת ו/או הכרה בזכאותך, לפיכך וטרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש, אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מצוי בפוליסה שרכשת.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות סוכן הביטוח
 - באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
 - לתיבת דוא"ל: Tviothaim@fnx.co.il
 - פקס: 03-7337975
 - באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.
- לידיעתך, ביכולתך לצפות בסטטוס התביעה תחת מידע אישי באתר הפניקס.

בברכה,

מחלקת תביעות ביטוח חיים

פירוט המסמכים הנוחצים לטיפול בתביעה אובדן כושר עבודה

אישורים רפואיים

- סיכום מידע רפואי מטעם הרופא המטפל ו/או סיכום מחלה מבית החולים, הכולל את תאור הפגיעה/מחלה ופירוט יכולתו הפיזית והשיקומית של המבוטח.
 - אישורי מחלה מרופא מקצועי או רופא תעסוקה לכל תקופת אובדן כושר העבודה.
 - תקציר תיק רפואי הכולל אבחנות + תאריך גילוי.
 - אם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי: אישורים מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי הפרוטוקולים מדיונים והחלטות הוועדות הרפואיות.
- לידיעתך, את המסמכים הרפואיים העדכניים יש לשלוח חודש לפני תום תקופת ההמתנה.**

אישורי שכר

- **לגבי עצמאי:**
 - אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה חייבת במס לפני אובדן כושר העבודה (הכנסה ממשכורת, מיגיעה אישית או ממשלח יד), או אישור מס הכנסה על הכנסה חייבת במס (דוח שנתי למס הכנסה).
 - אישור רו"ח על הכנסות ממשכורת, מיגיעה אישית או ממשלח יד, מיום האירוע ואילך.
- **לגבי שכיר:**
 - 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים או טופס 106 המתייחס לתקופה לפני אובדן כושר העבודה.
 - אישור מעביד על תאריך הפסקת עבודה ומועד הפסקת קבלת שכר.
 - במידה והמבוטח אינו עובד אך מקבל שכר מהמעביד: אישור על גובה השכר המשולם בתקופת אי הכושר.
 - במידה והמבוטח חזר לעבודה חלקית: מועד החזרה לעבודה, גובה השכר המשולם ומספר שעות העבודה.
- **שכיר בעל שליטה:**
 - 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים או טופס 106 המתייחס לתקופה לפני אובדן כושר העבודה.
 - אישור מעביד על תאריך הפסקת עבודה ומועד הפסקת קבלת שכר.
 - במידה והמבוטח אינו עובד אך מקבל שכר: אישור רו"ח על גובה השכר המשולם בתקופת אי הכושר.
 - במידה והמבוטח חזר לעבודה חלקית: מועד החזרה לעבודה, גובה השכר המשולם ומספר שעות העבודה.
 - רשימת מקבלי שכר בשנה האחרונה.

מסמכים וטפסים נלווים

- **תעודת זהות:** צילום תעודת זהות + הספח.
- **המחאה בנקאית:** צילום ברור וקריא של המחאה מבוטלת או אישור על קיום חשבון בנק.
- **טופס ויתור סודיות רפואית:** מצ"ב טופס ויתור סודיות עליך להעבירו אלינו חתום כולל חתימת העד ופרטיו המלאים.
- **מס הכנסה:** קצבת אובדן כושר עבודה חייבת במס הכנסה והמס מנוכה במקור. מצורף בזה טופס 101, עליך להעביר אלינו את הטופס כשהוא מלא וחתום.
- **מס הכנסה:** באם הקצבה שתשולם לך מחברתנו, אינה הכנסתך היחידה, הנך נדרש בנוסף לטופס 101 לפנות לפקיד השומה באזור מגוריך לקבלת תאום מס מתאים. לצורך כך, פנה למיישב התביעות בחברה, לקבלת מכתב הפניה מתאים למס הכנסה.
- **ביטוח לאומי:** קצבת אובדן כושר עבודה חייבת במקרים מסוימים בניכוי דמי ביטוח לאומי ומס בריאות, מצורפים בזה טופס והנחיות מביטוח לאומי לגבי ניכויים אלו. עליך לקרוא ולמלא את הטופס המתאים לנתוניך האישיים.

החזר פרמיות

באם הפוליסה שברשותך משולמת באמצעות כרטיס אשראי לצורך החזר פרמיות (ככל שיידרש), יש למלא ולחתום על טופס "בקשה להחזר פרמיה בגין גביה מכרטיס אשראי" המצורף לטופס זה. במידה והפוליסה משולמת באמצעות המעסיק, יש למלא את פרטי הבנק של המעסיק לצורך ביצוע החזר במקום המתאים לכל בטופס.

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

בברכה,

מחלקת תביעות חיים - אובדן כושר עבודה

טופס תביעה – אבדן כושר עבודה

| פרטי המבוטח | | | |
|---|--------------|-------------------------------------|-------|
| שם משפחה | שם פרטי | ת.ז. | עיסוק |
| <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> בעל שליטה | (כתובת מלאה) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> מעמד | | | |
| טלפון דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד) | | טלפון נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל) | |

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל או לחלופין דואר אלקטרוני. נא סמן ב- את אמצעי התקשורת המועדף עלייך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: דואר ישראל דואר אלקטרוני. בהעדף סימונך בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות ישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו. נא סמן ב- במידה והנך מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות. בעקבות הוראת הפיקוח, על המבוטח חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

| פרטי המעסיק | | | |
|-------------------|------------------------------|-------|------------|
| שם המעסיק / החברה | ע.מ. המעסיק / מס' חברה (ח"פ) | כתובת | מספר טלפון |
| | | | |

| פרטי אירוע התביעה | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| תאריך אבחון המחלה | | שם המחלה | |
| המועד בו הרגשתי לראשונה בהפרעות כלשהן | | | |
| שם הרופא המטפל | | פרט: בבית חולים <input type="checkbox"/> מחלקה <input type="checkbox"/> | |
| שם הרופא המטפל | | כתובתו | |
| תאריך ארוע התאונה/פגיעה | | פרט: בבית חולים <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> | |
| תאריך ארוע התאונה/פגיעה | | תאור קצר של נסיבות התאונה | |
| תאור קצר של נסיבות התאונה | | פרט: בבית חולים <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> | |
| שם הרופא המטפל | | כתובתו | |

| זכאות מביטוח לאומי, קרנות פנסיה, חברת ביטוח אחרת | | | |
|--|--|--|--|
| האם תבעת או שאתה זכאי לתבוע בקשר לתשלום פיצויים בשל מחלתך / פגיעתך? | | | |
| ביטוח לאומי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | קרנות פנסיה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | חברת ביטוח אחרת <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | |
| פרט: _____ | שם הקופה: _____ | שם הקופה: _____ | |
| _____ | מס' פוליסה: _____ | מס' פוליסה: _____ | |
| _____ | מס' תביעה: _____ | מס' תביעה: _____ | |
| _____ | פרט: _____ | פרט: _____ | |

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| תאריך הפסקת עבודה ____ / ____ / ____ | האם חזרת לעבודה <input type="checkbox"/> מלאה <input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> מספר שעות ביום _____ | תאריך (משוער) לחזרה לעבודה ____ / ____ / ____ |
|--------------------------------------|--|---|

| הצהרת הסוכן לגבי ביטוחים בחברות אחרות | |
|---|---|
| מס' ת.ז. (סוכן ביטוח) | אני הח"מ |
| מצהיר ומאשר בזאת כדלקמן (נא לסמן בעיגול מס' הסעיף הרלוונטי): <input type="radio"/> המבוטח שבנדון לא בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת כיוויים ביטוחיים מקבילים בכל חברת ביטוח אחרת מלבד הפניקס. <input type="radio"/> המבוטח שבנדון בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת/ות כיוויים ביטוחיים מקבילים בחברת/ות הביטוח כדלקמן: _____ | |
| תאריך | חתימת הסוכן <input checked="" type="checkbox"/> |

| הצהרת המבוטח | | | |
|---|---------|----------|---|
| הנני מצהיר, כי בתקופה אשר ציינתי לעיל אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה שאשוב לעבודה ו/או אהיה כשיר לעבודה ולו באופן חלקי, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות ולהחזיר לחברה כספים ששולמו לי עבור התקופה שלאחר חזרתי לעבודה/סיום התביעה. | | | |
| תאריך | שם פרטי | שם משפחה | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |

| הצהרת מבוטח לאובדן כושר עבודה חלקי | | | |
|--|---------|----------|---|
| ידוע לי, כי ככל שיש ברשותי כיווי לאובדן כושר עבודה חלקי והחברה אישרה את תביעתי, קיימת חשיבות רבה בהמשך תשלום הפרמיה או חלקה לשמירה על זכויותי הביטוחיות ו/או הכלכליות (ככל שיש רכיב חיסכון). ידוע לי כי אי תשלום הפרמיה יכול להוביל לביטול הפוליסה או פגיעה בזכויותי מכוח הפוליסה. | | | |
| תאריך | שם פרטי | שם משפחה | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |

| הצהרת מבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס | |
|--|---|
| הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה. | |
| תאריך | חתימת המבוטח/האפוטרופוס <input checked="" type="checkbox"/> |

| הצהרת מבוטח - אישור קבלת תכתובות מהמבטח גם באמצעות הסוכן | |
|--|---|
| הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען נוסף לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס, חוות דעת רפואית וכל מסמך שהוא הקשור לתביעתי. | |
| תאריך | חתימת המבוטח/האפוטרופוס <input checked="" type="checkbox"/> |

| הצהרת מבוטח - אישור קבלת תכתובות מהמבטח באמצעות המבוטח בלבד | |
|---|---|
| הריני לאשר שכל התכתובות והמסמכים מהמבטח ישלחו אלי בלבד, באמצעות פרטי ההתקשרות שהוגדרו על ידי, ובהעדר קביעה כאמור, ישלחו בדרך המקובלת על ידי החברה. לידיעתך, בהעדר בחירה באחת מהאפשרויות, התכתובות ישלחו גם באמצעות הסוכן. | |
| תאריך | חתימת המבוטח/האפוטרופוס <input checked="" type="checkbox"/> |

| פרטי הבנק של המבוטח - בצירוף המחאה לדוגמא ו/או אישור הבנק על קיום חשבון | | |
|---|-----------|-----------------|
| שם בעל החשבון | ת.ז. | מספר חשבון הבנק |
| שם הבנק | מספר סניף | כתובת הסניף |

| פרטי בנק של מעסיק - בצירוף המחאה לדוגמא ו/או אישור הבנק על קיום חשבון | | |
|---|-----------|-----------------|
| שם בעל החשבון | ת.ז. | מספר חשבון הבנק |
| שם הבנק | מספר סניף | כתובת הסניף |

כתב ויתור סודיות רפואית

לכבוד,

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

גבעתיים, דרך השלום 53 5345433

| פרטי המבוטח | | | | |
|-------------|------|---------------|-------|------|
| שם משפחה | | שם פרטי | | ת.ז. |
| רחוב | מספר | ישוב | מיקוד | |
| שם קופ"ח | | שם קופה קודמת | | |

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לבתי החולים ו/או למי מטעמם ו/או לכל המוסדות הרפואיים ו/או המכונים הרפואיים ו/או בתי החולים האחרים כולל בתי החולים הכלליים ו/או הפרטיים ו/או הפסיכיאטרים ו/או השיקומיים ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין של כל המפורטים עד כה ו/או לכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או למי מטעמם ו/או למשרד הביטחון ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשטרה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל מוסד ו/או לחברות הביטוח האחרות ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל חברה המספקת שירותים רפואיים, שירותי בדיקות רפואיות, בתי מרקחת מכל סוג, חברה לשירותים אמבולטוריים, קבוצות ואירגוני ספורט, מרכז ספורט, חדרי כושר וספורט, מטפלים פרטיים במקצועות הפרא רפואיים, מכונים לטיפולים פרא - רפואיים ו/או לגורם אחר (להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל, המצויים בידי המוסדות ובאופן שידרשו "המבקשים", על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות, בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטרים ו/או נפשיים שקיבלתי, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל ה"מוסדות" ל"מבקשים".

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא, בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה, מכוח חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 ו/או חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 ו/או חוק חופש המידע התשנ"ח 1998 ו/או כל דין אחר.

כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, יורשי ו/או עזבני, ילדי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

| על החתום המבוטח | | | | |
|-------------------|------|-------|-------|-------|
| שם פרטי ושם משפחה | ת.ז. | כתובת | תאריך | חתימה |
| | | | | X |

בהתאם לדרישות המוסדות הרפואיים, חובה להחתים עד לחתימה. עד יכול להיות: עו"ד, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, אחות, סוכן ביטוח. על העד לחתום בנוכחות החותם.

| העד לחתימה | | | | |
|------------|-------------------|------|-------|-------|
| עיסוק | שם פרטי ושם משפחה | ת.ז. | כתובת | תאריך |
| | | | | X |

| האפוטרופוס | | | | |
|-------------------|------|-------|-------|---|
| שם פרטי ושם משפחה | ת.ז. | תאריך | חתימה | |
| | | | | X |

| היורשים | | | | |
|-------------------|------|-------|-------|---|
| שם פרטי ושם משפחה | ת.ז. | תאריך | חתימה | |
| | | | | X |

| העד לחתימה | | | | |
|------------|-------------------|------|-------|-------|
| עיסוק | שם פרטי ושם משפחה | ת.ז. | כתובת | תאריך |
| | | | | X |

בקשה להחזר פרמיה בגין גביה מכרטיס אשראי

| | | | |
|-------------------|----------|----------|------------|
| פרטי הסוכן | | | |
| שם האשכול | מס' צוות | שם הסוכן | מס' סוכן |
| | | | |
| | | | מס' פוליסה |

לכבוד
 הפניקס חברה לביטוח

א.ג. נכבד/ה
 הנני מבקש בזאת לקבל לידי החזר בגין תשלום פרמיה מהפוליסה/ות שלעיל על פי הפרטים הבאים:

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|--|--|--|--|--|----------------|--|
| | | | | | | | | | |
| .ת.ז | | שם המבוטח/בעל הפוליסה | | | | | | | |
| הסבר סיבת החזר (במלל) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | בגין זמן פרעון | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|--|---------------|--|-------|--|--|--|
| פרטי כרטיס האשראי בו שולמה הפוליסה על ידי בעל הכרטיס | | | | | | | | | |
| אני מתחייב בזה שלא לדרוש החזר זה מחברת האשראי | | | | | | | | | |
| סוג הכרטיס: <input type="radio"/> ויזה כ.א.ל <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי כארד <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| תוקף | | מס' כרטיס האשראי | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| חתימת בעל כרטיס האשראי | | מס' ת.ז. | | שם בעל הכרטיס | | תאריך | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|----------|---------------|----------|---------|--|--|--|--|--|
| נא לזכות את חשבוני לפי הפרטים שלהלן | | | | | | | | | |
| | | שם בעל החשבון | | | | | | | |
| .ת.ז | | | | | | | | | |
| שם הבנק | שם הסניף | מס חשבון | מס' סניף | מס' בנק | | | | | |
| חובה לצרף צילום ת.ז. וצילום שיק של בעל החשבון | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|-----------------------|--|-------|--|--|--|--|--|
| אישור המבוטח | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| חתימת המבוטח/בעל הפוליסה | | שם המבוטח/בעל הפוליסה | | תאריך | | | | | |

ניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות מתשלומי קצבה בגין אובדן כושר עבודה

בעקבות תיקון סעיף 345 ב' בחוק הביטוח הלאומי, חלה חובה על חברות הביטוח, החל מחודש פברואר 2004, לנכות דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות מקצבה המשולמת לעובד שכיר או למי שהיה עובד שכיר.

השיעור המקסימלי לניכוי הוא 11.79% מתשלום הקצבה החודשית ועד להכנסה החודשית מקסימלית של 43,240 ש"ח.

1. במידה והינך נכה לצמיתות ומקבל קצבת נכות - אנא פנה למוסד לביטוח לאומי לבדיקת זכאותך וקבלת אישור מתאים על פטור (טופס 618).

2. במידה והינך אישה נשואה ואינך עובדת - הינך מתבקשת למלא טופס 101 ולחתום על טופס 619 (לגבי שנים קודמות) - מצ"ב.

3. במידה ואין לך הכנסות נוספות - הינך מתבקש למלא טופס 101 ולחתום על ההצהרה המצ"ב (לגבי שנים קודמות).

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

מח' תביעות ביטוח חיים

דרך השלום 53 גבעתיים 5345433

פקס: 03-7337975 או מייל תביעות Tviothaim@fnx.co.il

הנדון: חובת ניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות

פרטי המבקש/ת: _____ ת.ז. _____

אבקש לפטור אותי מתשלום מס על הקצבה / לגבות מס מופחת מאחר ו:

_____ הנני אישה נשואה - עקרת בית ואינני עובדת מחוץ לביתי - מצ"ב טופס 619.

_____ אני מצהיר/ה כי מלבד הקצבה מחברתכם אין לי הכנסות נוספות כלשהן החל מיום _____ ועד לסוף שנת המס הנוכחית, ולפיכך אבקש לנכות מס מופחת בשיעור של 3.49% בלבד מתשלומי הקצבה. (כפוף לתקנות המוסד לביטוח לאומי). הנני מתחייב לעדכן את חברתכם ככל ויחול שינוי בהצהרתי דלעיל.

בכבוד רב

_____ חתימת המבקש

_____ תאריך



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים
סניף _____

חותמת קבלה

| | | | | | | | |
|--|----------|-------|-----------|---|------|-------|---------------------------|
| <table border="1"> <tr> <td>מס' זהות</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>דפים</td> <td>_____</td> </tr> </table> | מס' זהות | _____ | סוג המסמך | 0 | דפים | _____ | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
| מס' זהות | _____ | | | | | | |
| סוג המסמך | 0 | | | | | | |
| דפים | _____ | | | | | | |

לכבוד

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה
לאישה נשואה

| | | | | | |
|--|---------|------------|------|---------------|-------|
| 1 פרטי המבקשת | | | | | |
| שם משפחה | | שם פרטי | | מספר זהות ס"ב | |
| כתובת | | | | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| טלפון קווי | | טלפון נייד | | דואר אלקטרוני | |
| 0 _____ | | 0 _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS | | | | | |

| |
|---|
| 2 הצהרה |
| <p>הנני מצהירה בזאת כי:</p> <p><input type="checkbox"/> פרשתי לגמלאות החל מתאריך _____.</p> <p><input type="checkbox"/> אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".</p> <p>לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.</p> <p>אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.</p> <p>תאריך _____ חתימת המבקשת * _____</p> |



כרטיס עובד (1)

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד (1)

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת (1) העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.
{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

| | | | |
|--------|------------------------------------|------------|-------------------|
| שם | כתובת | מספר טלפון | מספר תיק ניכויים |
| הפניקס | דרך השלום 53 גבעתיים מיקוד 5345433 | | 9 3 0 6 3 8 7 1 3 |

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספת. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

| | | | | |
|--|---------------------------------|---|---|---|
| מספר זהות (9 ספרות) | שם משפחה | שם פרטי | תאריך עליה | תאריך לידה |
| | | | | |
| כתובת פרטית | מספר טלפון | | | |
| רחוב/שכונה | מספר | עיר/ישוב | מיקוד | קידומת |
| מצב משפחתי | <input type="checkbox"/> רווק/ה | <input type="checkbox"/> נשוי/אה | תושב ישראל | חבר בקופת חולים |
| <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | <input type="checkbox"/> אלמן/ה | <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש) | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה <input type="checkbox"/> לא |

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספת תעודת זהות)

| | | | | | |
|---|---|---|-----------|------------|--|
| סמן/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך | | בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל | | | |
| 1 | 2 | שם | מספר זהות | תאריך לידה | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

| | |
|------------------------|--|
| תאריך תחילה העבודה (1) | אני מקבל/ת: {ראה הסברים מעבר לדף} |
| בשנת המס | <input type="checkbox"/> משכורת חודש (2) |
| | <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3) |
| | <input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4) |
| | <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5) |
| | <input type="checkbox"/> קצבה (6) |
| | <input type="checkbox"/> מלגה (1) |

ה. פרטים על הכנסות אחרות

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1) |
| <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן: |
| <input type="checkbox"/> משכורת חודש (2) <input type="checkbox"/> קצבה (6) |
| <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3) <input type="checkbox"/> מלגה (1) |
| <input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4) <input type="checkbox"/> ממקור אחר |
| <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5) |
| אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י: |
| <input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת (7) |
| <input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו (8) |
| <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9) |
| <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10) |

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

| | | | | |
|---|----------|---------|------------|------------|
| מספר זהות (9 ספרות) | שם משפחה | שם פרטי | תאריך עליה | תאריך לידה |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קיצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת | | | | |

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

| תאריך השינוי | פ ר ט י ה ש י נ ו י | תאריך ההודעה | חתימת העובד/ת |
|--------------|---------------------|--------------|---------------|
| | | / / | |
| | | / / | |
| | | / / | |

ע"ג החטיבה לארגון ומערכת מידע, (מעודכן ל- 11.2014)

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה⁽¹³⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312.א.

4 אני עולה חדש/ה תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____. לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____. מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. **חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדש/ה - תעודת עולה.**

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוורת/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____.
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס _____.
 מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים _____.

8 בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____.
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס _____.

9 אני הורה יחיד⁽¹²⁾ לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

12 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

13 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט.אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת⁽¹⁾ כמפורט להלן:
ה מ ע ב ד / מ ש ל מ ה מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾

| ש | כ ת ו ב ת | מספר תיק ניכויים | סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר) | הכנסה חודשית | המס שנוכה (לפי התלושים) |
|---|-----------|------------------|-----------------------------------|--------------|-------------------------|
| | | 9 | | | |
| | | 9 | | | |
| | | 9 | | | |

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

ל. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים לדעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

תאריך _____ חתימת המבקש/ת _____

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" רבות קבלת משכורת. "מלגה" רבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש
- (3) משכורת בעד משרה נוספת
- (4) משכורת חלקית
- (5) שכר עבודה
- (6) קצבה
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) יישוב מזכה - יישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.