

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: Tviiothaim@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 הנחוצים לטיפול בתביעה אובדן כושר עבודה

אישורים רפואיים	
<ul style="list-style-type: none"> 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 למסוד לביטוח לאומי: אישורים מהמסוד לביטוח לאומי והעתקי הפרוטוקולים מדיונים והחלטות הוועדות הרפואיות. 	לידיעתך, את המסמכים הרפואיים העדכניים יש לשלוח חודש לפני תום תקופת ההמתנה.
אישורי שכר	
<ul style="list-style-type: none"> לגבי עצמאי: <ul style="list-style-type: none"> - אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה החייבת במס לפני אובדן כושר העבודה (הכנסה ממשכורת, מיגיעה אישית או ממשלח יד), או אישור מס הכנסה על הכנסה חייבת במס ודוח שנתי למס הכנסה). - אישור רו"ח על הכנסות ממשכורת, מיגיעה אישית או ממשלח יד, מיום האירוע ואילך. לגבי שכיר: <ul style="list-style-type: none"> - 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 (עד 5 בעלי שליטה): <ul style="list-style-type: none"> - 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	
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> 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.
<ul style="list-style-type: none"> 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	
<p>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.</p>	

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

בברכה,

מחלקת תביעות חיים - אובדן כושר עבודה

הצהרת הסוכן לגבי ביטוחים בחברות אחרות

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

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
-------	---------	----------	-------

הצהרת מבוטח לאובדן כושר עבודה חלקי

ידוע לי, כי ככל שיש ברשותי כיסוי לאובדן כושר עבודה חלקי והחברה אישרה את תביעתי, קיימת חשיבות רבה בהמשך תשלום הפרמיה או חלקה לשמירה על זכויותי הביטוחיות ו/או הכלכליות וככל שיש רכיב היסכון. ידוע לי כי אי תשלום הפרמיה יכול להוביל לביטול הפוליסה או פגיעה בזכויותי מכוח הפוליסה.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	חתימה
-------	---------	----------	-------

הצהרת מבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואגרת הפניקס

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

תאריך	חתימת המבוטח/האפוטרופוס
-------	-------------------------

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 ואגרת הפניקס, חוות דעת רפואית וכל מסמך שהוא הקשור לתביעתי.

תאריך	חתימת המבוטח/האפוטרופוס
-------	-------------------------

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
-------	-------------------------

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 הסייעודי 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 הסייעודי 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 הסייעודי, 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 עזבונני, 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 להחתיים עד לחתימה. עד יכול להיות: ע"ד, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, אחות, סוכן ביטוח. על העד לחתום בנוכחות החותם.

העד לחתימה						
עיסוק	שם פרטי ושם משפחה		ת.ז.	כתובת	תאריך	חתימה+חותמת +מספר רישון
						X

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

הירשים				
שם פרטי ושם משפחה		ת.ז.	תאריך	חתימה
				X

העד לחתימה						
עיסוק	שם פרטי ושם משפחה		ת.ז.	כתובת	תאריך	חתימה+חותמת +מספר רישון
						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"/> דינורס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר			
תוקף	מס' כרטיס האשראי		
X			
חתימת בעל כרטיס האשראי	מס' ת.ז.	שם בעל הכרטיס	תאריך

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

אישור המבוטח		
X	שם המבוטח/בעל הפוליסה	תאריך
חתימת המבוטח/בעל הפוליסה		

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

טקס: 03-7337975 או מייל תביעות Tviiothaim@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 _____ עד 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

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

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

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוור/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 לדבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב 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 תיכונים 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 עיוור/ת ע"פ 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

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 י ד / מ ש ל מ מ ש כ ו ר ת⁽¹¹⁾

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

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשטמה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל 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" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורת כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ- 5 שעות ליום אך פחות מ- 8 שעות בשבוע.
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח ינוכה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (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 מ"פ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרד (ע"פ 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.