

מה עלי לעשות

טרם הגשת תביעה, וודא שבידך פוליסה הכוללת כיסוי לאובדן כושר עבודה. אם יש לך כיסוי לאובדן כושר עבודה, עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות הדואר את **טופס הודעה ראשונה לתביעת אובדן כושר עבודה**, בצרף המסמכים המפורטים להלן, ולכתובת המופיעה על גבי הטופס. בטופס עליך למלא את פרטיך האישיים ופרטים אודות מקרה הביטוח.

באם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך יש למלא ולחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס התביעה.

מסמכים שיש לצרף

טופס הודעה ראשונה לתביעת אובדן כושר עבודה, כולל טופס ויתור סודיות רפואית וכללית.
לטופס יש לצרף:

- א. מלוא החומר הרפואי הרלוונטי למקרה הביטוח כולל העתק מגליונות אשפוז בבתי חולים, תוצאות בדיקות עזר (כדוגמת צילומי רנטגן, MRI, C.T), ומכתב מאת רופא מקצועי מטפל.
- ב. 12 תלושי שכר אחרונים, או אישור רו"ח/שומה המעידים על הכנסת המבוטח בשנה שקדמה למקרה הביטוח.
- ג. במקרה של תאונת דרכים - אישור משטרה.
- ד. במקרה של תאונת עבודה - העתק מהחלטות המוסד לביטוח לאומי.
- ה. אישור מעביד בו תצוין תקופת ההעדרות מעבודה (באם הינך שכיר).
- ו. צילום המחאה מבוטלת לצורך ביצוע העברה בנקאית.
- ז. טופס 101 שהעתקו מצ"ב ותיאום מס לשנת המס הנוכחית.

מה יקרה בהמשך

לאחר קבלת המסמכים שפורטו בסעיף "מה עלי לעשות בזמן תביעה" תיבדק על ידינו זכאותך לכיסוי ביטוחי, על פי תנאי הפוליסה.

אם הכל ברור ותקין

אנו נאשר זכאותך לכיסוי ביטוחי על פי תנאי הפוליסה ונשלם לך את סכום הפיצוי הראשון כמתחייב מהפוליסה מיד בתום תקופת המתנה כנקוב בדף פרטי הביטוח.
בהמשך, נעביר לך את הפיצוי החודשי מדי חודש, בהעברה ישירה לחשבון הבנק שלך.
שים לב, כי תשלום הפיצוי ו/או השחרור מתשלום פרמיות הינו על בסיס חודשי וכפוף לעדכונים רפואיים שתעביר לחברה מזמן לזמן בהתאם להנחיות החברה.

אם תדרשנה הבהרות כלשהן

יתכן ותדרש להמציא לחברה חומר נוסף מכל סוג שהוא.
במקרים מסויימים תידרש להיבדק ע"י רופא מקצועי מטעם החברה לצורך הערכת חבותה או המשך חבותה של החברה בנוגע לתביעה. במקרים אלה תשלח אליך הודעה בכתב.

אם יתברר שאינך זכאי לפיצוי אובדן כושר על פי הפוליסה

הסיבה לכך יכולה להיות, שאינך עומד בהגדרת תנאי אובדן כושר על פי הפוליסה שלך או לאור אחת ההחלטות בפוליסה.
במקרים אלה תישלח אליך הודעה מתאימה, לאחר שיהיו בידינו כל הפרטים והמסמכים הדרושים לקביעת הזכאות/העדר זכאות.

לתשומת ליבך

אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.


הקפד למלא הטופס באופן מדויק ומלא.
 נבקשך להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח שלך
 או ישירות לחברתנו לכתובת:
 הראל חברה ביטוח בע"מ, אגף תביעות בריאות וחיים, "בית הראל",
 אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802.

תאריך:

שם סוכן:

מסמך זה מכיל מידע רגיש

פוליסות המבוטח	(1)	(2)	(3)
----------------	-----	-----	-----

א פרטי המבוטח			
שם משפחה		שם פרטי	
מס' ת. זהות		מס' ת. זהות	
כתובת	טלפון בבית	טלפון נייד	
תאריך לידה	מקצוע/משלה יד	כתובת מייל	
שם רופא משפחה		קופת חולים	
מקום עבודה אחרון: שם		כתובת	טלפון
<p>פרטיי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מורה בזאת להראל לעדכן את פרטיי האישיים בכל רישומיה, בהתחשב במידע המעודכן שמסרתי לעיל. מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת.</p> <p>תאריך:</p> <p>חתימת המבוטח: </p> <p>לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.</p>			

ב פרטים על עבודה לפני אי כושר עבודה	
<p>1. האם שנית את המקצוע/העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן</p> <p>אם כן, נא פרט את המקצוע החדש ומתי התחלת לעבוד בו</p> <p>מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה: פרט את שם המעסיק:</p> <p>מסור תיאור מפורט על עבודתך ערב הנכות</p>	
2. משכורת/הכנסה:	
<p>עצמאי/שכיר במשכורת לא קבועה: פרט את הכנסתך ב-12 חודשים האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה: ש לשנה ש לשנה נא צרף הצהרת רו"ח לגבי הכנסתך בשנה שקדמה לפגיעה</p>	<p>שכיר: פרט את משכורתך החודשית האחרונה לפני תחילת אי כושר העבודה: ש לחודש נא צרף 12 תלושי שכר לשנה שקדמה לפגיעה</p>

ג פרטים על מקרה הנכות	
<p>1. הנכות נגרמה על ידי: <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> תאונה עבודה <input type="checkbox"/> תאונה דרכים <input type="checkbox"/> תאונה אחרת. נא פרט</p> <p>2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? תאריך הפסקת עבודתך</p> <p>3. נא פרט את מהלך, נסיבות ותוצאות התאונה/המחלה</p> <p>4. נא פרט את הבעיות הרפואיות מהן אתה סובל</p> <p>5. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר לנכות זו? נא לפרט שם וכתובת</p> <p>6. האם היית או אתה עדיין מאושפז בבית חולים/בית החלמה? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, אם כן, היכן</p> <p>7. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, אם כן, פרט</p>	

1. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז תחילת המחלה? לא / כן
 אם כן, מתי ובאיזה היקף?

2. האם אתה עוסק עכשיו באיזו עבודה למען שכר או תגמול? לא / כן, אם כן, מהי?

מהי הכנסתך החודשית הנוכחית?

3. האם תוכל לפי דעתך לשוב לעבודתך הקודמת או לעיסוקך הקודם טרם קרות התאונה? לא / כן
 אם לא, מדוע?

אם כן, מתי?

4. האם אתה מסוגל לעבודה כלשהי? לא / כן, אם כן, איזה סוג של עבודה?

ה ביטוחים ותשלומים נוספים

האם אתה מקבל או זכאי לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מאת:

זכויות לפיצוי		כן	לא	הגורם המשלם
למשך זמן	סכום חודשי			
				חברת ביטוח אחרת
				קרן פנסיה
				ביטוח תאונות ו/או מחלות
				ביטוח לאומי
				המעסיק
				מקור אחר

ו הצהרת המבוטח

1. אני (המבוטח) מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

..... תאריך שם + שם משפחה חתימה

2. אני המבוטח / התובע מבקש לאור כל האמור לעיל לשלם לי/לתובע:

- פיצוי חודשי
 לשחרר את הפוליסה מתשלום פרמיות

..... חתימה תאריך מקום

במידה ותאושר תביעתך יבוצע תשלום הפיצוי החודשי ישירות בהפקדה לחשבון הבנק שלך. לשם כך נא ציין את פרטי חשבון הבנק לתשלום וכן צרף שיק מבוטל לזיכוי הפרטים.

..... שם הבנק שם/כתובת הסניף מספר חשבון

ז מסמכים מצורפים מסמכים רפואיים מתחילת אי כושר העבודה. הוכחה על הכנסה בשנה שקדמה לתביעה:**עצמאי:** תקציר שומה לרבות דו"ח רווח והפסד.**שכיר:** תלושי שכר או טופס 106. שיק מבוטל. תיאום מס או טופס 101*.

*מבלי להודות בחבות, במידה ותביעתך תאושר ותשלום, ינוכה מס מרבי לפי חוק בהעדר טופס 101 ו/או תיאום מס לשנת המס הנוכחית.

ח פסקת התיישנות

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת התיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש, כגון בתביעת אי כושר עבודה יחל מנין שלוש השנים מדי יום ביומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום).
ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ התיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ התיישנות.

ט הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

חתימה



מספר זהות

שם + שם משפחה

תאריך

א פרטי מבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת. זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
			טל.

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נתן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכן מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתחייבים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או סרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נתן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי. אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרפאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדוטיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל המגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרפואים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בעיניי לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רפואיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

ב פרטים נוספים

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל	

ג שמות נותני השירותים

רופאים	מכונים / מעבדות
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

ד יפוי כח

(ע"י המבוטח או בא כוחו)

הריני מייפה את כוחו של ציג הראל חברה לביטוח לקבל/למסור את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים לעיל.

תאריך	שם פרטי+שם משפחה	חתימת המבוטח
תאריך	עד לחתימה ומס' ת.ז.	חתימה

*במקרה של קטין ו/או חסוי יחתום על המסמך האפטרופוס החוקי. במידה וקיים צו מינוי אפטרופוס - יש לצרפו.

ה במקרה של חסוי (אפטרופוס)

בנוסף על האמור לעיל, הנו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:

שם האם/אפטרופוס	ת.ז.	חתימה
שם האב/אפטרופוס	ת.ז.	חתימה

ו חתימות

תאריך	שם עד מהימן לחתימה + חותמת עם מס' רישיון	חתימה (במקרה של קטין חתימת האפטרופוס)
-------	--	---------------------------------------

כרטיס עובד⁽¹⁾



ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

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

שנת המס 2015

(הקף את האופציה המתאימה) עובד חודשי / עובד קבלן / עובד כ"א / חזרה מחל"ד / חזרה מחל"ת הערה:

מס' עובד:	טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"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)
מחלקה:	
ממונה:	
מרכז עלות:	
שכר לשעתי:	

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
הראל חברה לביטוח בע"מ	אבא הלל 3, רמת-גן		9 3 0 0 0 6 1 0 1

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. 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		
מספר	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	רווק/ה	נשוי/אה	תושב ישראל
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
זכר	נקה	גרשו/ה	אלמן/ה	פרוד/ה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		חבר בקופת חולים	כן, שם הקופה	לא
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

מין	סמך/י ✓ ליד שם הילד:	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך	בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל
	שם	מספר זהות	תאריך לידה
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			
ז/נ			

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

תאריך תחילה העבודה ⁽¹⁾	בשנת המס
אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)	
<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 checked="" 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"/> 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⁾
<input type="checkbox"/> ממקור אחר
אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמך/י:
<input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). אני 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 בן/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	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

נסיעות חופשי חודשי:	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ
בנק:	סניף:	מס' חשבון:																	

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 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 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 ילדי, 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 ס ה מ ש כ ו ר ת (1)

שם	כתובת	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 שהשמטה 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, כרס 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 משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במישך יותר מ- 5 שעות ליום אך פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאי ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (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 יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאי 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 מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, כרוך (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) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.