

## הנחיות למילוי טופס בקשה לקבלת קצבה חודשית מפוליסת ביטוח חיים

מבוטח/ת נכבד/ה,

אנו שמחים לברכך בהגיעך לגיל פרישה,

בכדי לממש את תשלום הקצבה החודשית, ובכדי להקל על התהליך ולהימנע מעיכובים מיותרים, ריכזנו עבורך את המידע הבא שסייע לך במילוי הטופס וצירוף כל המסמכים הנדרשים:

### אפשרויות לבחירת מסלול הקצבה החודשית

מסלול הקצבה החודשית ניתן לבחור רק מתוך המסלולים הקיימים בתנאי הפוליסה.

### מועד תחילת קבלת הקצבה

מועד ממנו הינך מעוניין להתחיל ולקבל קצבה חודשית.

### קצבת מינימום

כאשר הקצבה המחושבת נמוכה מ-5% משכר מינימום לחודש (לפי חוק שכר מינימום, התשמ"ז-1987), ישולם סכום חד פעמי במקום תשלום קצבה חודשית, וזאת בכפוף לקבלת אישור ממס הכנסה על שיעור ניכוי המס בגין ההיוון.

### מס הכנסה

תשלום הקצבה מחויב בניכוי מס הכנסה. עליך להחזיר אלינו את טופס 101 כשהוא מלא וחתום על ידך, במקרה שאין מדובר בהכנסה יחידה יש לצרף גם אישור לניכוי מפקיד שומה.

שים לב- במקרים בהם לא יועבר טופס 101 ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה כמתחייב בחוק.

### ביטוח לאומי ומס בריאות

קצבה שמקורה בהפרשות לביטוח מנהלים, חייבת בניכוי ביטוח לאומי ומס בריאות עד גיל פרישה. (בהתאם לטבלאות גיל פרישה של המוסד לביטוח לאומי) בכדי לקבל פטור או מס מופחת יש למלא הטפסים הבאים של חובת ניכוי:

טופס 619 - מיועד לעקרת בית נשואה הזכאית לפטור מלא

טופס 644 - מיועד לכלל המבוטחים שטרם הגיעו לגיל הפרישה והקצבה המשולמת מהפניקס אינה מהווה את הכנסתם היחידה, לצורך תיאום דמי ביטוח לאומי.

### טפסים נדרשים - חובה לצרף:

- ✓ טופס בקשה עדכני וחתום על סעיפיו הרלוונטיים בהתאם לבקשה (במהדורה עדכנית) יש לציין את מספר הפוליסה/ות ממנה רוצים לקבל קצבה חודשית.
  - ✓ צילום קריא של תעודת הזהות הנושא תמונה ברורה
  - ✓ צילום ההמחאה נושא את פרטי החשבון באופן ברור וקריא או אישור מהבנק
  - ✓ פרטי ההפקדה שצוינו בטופס תואמים לצילום ההמחאה שצורפה
  - ✓ קיימת חתימה בסעיף החתימות בטופס הבקשה
  - ✓ טופס 101 חתום ע"י המבוטח ובמקרה של יותר מהכנסה אחת גם אישור מפקיד שומה
- טפסים נדרשים - לפי הצורך:
- ✓ צילום תעודת זהות וצילום המחאה של בן/בת זוג אם נבחר מסלול העברה לבן/בת זוג
  - ✓ אישור מתאים מביטוח לאומי
  - ✓ אישור פקיד שומה
  - ✓ צילום תעודת זהות של בן מוגבל, אישור המוסד לביטוח לאומי שמקבל נכות כללית ואישורים שאין לו הכנסה.
  - ✓ צילום ת.ז. של המוטבים ומילוי פרטי המוטבים אם נבחר מסלול עם תקופת הבטחה.
  - ✓ טופס הצעה חתום ע"י המבוטח במקרים בהם תשלום קצבה הינו מסכום החיסכון המצטבר ההוני שלרשותך.

את הבקשה ניתן להעביר באחד מהדרכים הבאות:

1. במייל לכתובת - [sherutlife@fnx.co.il](mailto:sherutlife@fnx.co.il)
2. בפקס - למספר הפקס המיועד בהתאם למצוין בראש הטופס
3. ישירות למשרדי החברה

קוד מסמך 806
**בקשה לקבלת קצבה חודשית מפוליסת ביטוח חיים**

לכבוד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה")

<b>מס' פוליסה / ות</b>			<b>מועד תחילת קבלת הקיצבה*</b>

\* במידה ולא צוין, מועד הקצבה יחול מחודש קבלת המסמכים בחברה. לתשומת ליבך, מקדם הקצבה משתנה בהתאם לגיל המבוטח הרלוונטי למועד תחילת התשלום. במקרה של בקשת תשלום בגין חודשים קודמים למועד הגשת בקשת הקצבה, מקדם הקצבה לפיו תחושב הקצבה יהיה המקדם הרלוונטי לחודש הראשון מבין החודשים הקודמים שהתבקשה בגינם הקצבה. אחרת, מקדם הקצבה לפיו תחושב הקצבה יהיה המקדם הרלוונטי לחודש בו הוגשה הבקשה לקבלת קצבה.

<b>פרטי המבוטח</b>			
<b>שם משפחה</b>	<b>שם פרטי</b>	<b>ת.ז.</b>	<b>תאריך לידה</b>
<b>כתובת</b>	<b>מס' טלפון</b>	<b>מס' טלפון נייד</b>	<b>דואר אלקטרוני</b>

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

**פרטי התקשרות**

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: בדואר ישראל או בדואר אלקטרוני. נא הודיענו מהו אמצעי ההתקשרות המועדף עלייך. לתשומת ליבך, לצורך קבלת הודעות ומסמכים באמצעות דואר אלקטרוני יש להעביר לחברתנו מספר טלפון נייד בצירוף לכתובת הדואר האלקטרוני. בהיעדר קבלת עדכון בחברתנו על אמצעי ההתקשרות המועדף, המסמכים וההודעות ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל. בחירה במשלוח הודעות באמצעות דוא"ל יסייע לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד. מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_ לקבלת קוד כניסה לדוא"ל.

דואר ישראל לכתובת \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

אבקש כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות פנסיה עתידיות.

**CRS-FATCA**

האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא ארץ לידה: _____ *במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.	שם פרטי באנגלית _____ שם משפחה באנגלית _____

האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל?  כן  לא

במידה וענית 'כן' אנו ציינ מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:

מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדון בכל אחת ממדינות התושבות שציינתי וכי חתמתי על הצעה זו ולרבות ההצהרות שבה נעשתה בישראל. בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

<b>X</b>		<b>תאריך חתימה</b>	
<b>חתימת בעל הפוליסה</b>			

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ.  כן  לא

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982.  כן  לא

ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני.

סכום החיסכון המצטבר לפדיון לצורך חישוב הגמלה	
○ פדיון חלקי ע"ס _____ ש"ח	○ פדיון מלוא סכום החיסכון המצטבר
○ פדיון פיצויים _____ ש"ח	
○ פדיון תגמולים פטורים _____ ש"ח	
○ פדיון תגמולים חייבים _____ ש"ח	

**אפשרויות לבחירת מסלול הקצבה החדשית (בהתאם לתנאי הפוליסה)**

○ תשלום קצבה חודשית לכל ימי חי"ר, ולא פחות ממינימום \_\_\_\_\_ תשלומים חודשיים\*.

○ תשלום קצבה חודשית לכל ימי חי"ר, ובעת פטירה, חס וחלילה, ייפסקו התשלומים ולא ישולמו תשלומים למוטבים.

○ תשלום קצבה חודשית לכל ימי חי"ר, ובעת פטירה, חס וחלילה, לאחר תחילת תשלום הקצבה תשלם החברה למוטבים סכום חד פעמי השווה ל-25 קצבאות\*.

○ תשלום קצבה חודשית לכל ימי חי"ר, ובעת פטירה, חס וחלילה, \_\_\_\_\_ לבן/בת הזוג לכל ימי חייו/ה\*\*.

○ תשלום קצבה חודשית לכל ימי חי"ר, ולא פחות ממינימום \_\_\_\_\_ תשלומים חודשיים ולאחריהם קצבה חודשית בשיעור של \_\_\_\_\_% לבן/בת הזוג לכל ימי חייו/ה\*\*.

**הערות:**  
 \*\*יש למלא פרטי מוטבים ולצרף צילומי תעודות זהות.  
 \*\*יש למלא פרטי הזוג ולצרף צילום תעודת זהות של בן/בת הזוג.

**מסלולי השקעה – ניתן להורות על שילוב של מספר מסלולים**  
**- לפוליסות שתחילת הביטוח בהן אחרי 01/2004 או לפוליסות בהן קיים נספח המשך 2992.**

○ בסיסי למקבלי קצבה * (20)	%
*ברירת מחדל	
○ אג"ח למקבלי קצבה (210)	%
○ אג"ח עד 25% מניות למקבלי קצבה (211)	%
○ מניות למקבלי קצבה (212)	%
○ הלכה למקבלי קצבה (213)	%

**הצהרה על מסלול הקצבה המבוקש**

ידוע לי כי במידה ובחרתי מסלול קצבה שאינו בהתאם לתנאי הפוליסה שעל שמי, ייקבעו מקדמי הקצבה לפי טבלת המקדמים שתהיה בתוקף במועד בחירת הקצבה ולא בהתאם לטבלת המקדמים שהובטחה לי במסגרת תנאי הפוליסה.

תאריך	שם המבוטח	חתימת המבוטח
		X

**פרטי בן/בת הזוג**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	דואר אלקטרוני

**פרטי המוטבים לאחר תחילת תשלום הקצבה הראשונה**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	כתובת	תאריך לידה	קרבה למבוטח	חלק המוטב ב% (סה"כ 100%)

**הצהרה על אי אפשרות לחרטה (כולל תשלום הקצבה לבן/בת הזוג)**

ידוע לי כי החל ממועד קבלת הקצבה הראשונה לא תהא כל אפשרות לחרטה ולא ניתן יהיה למשוך או להעביר כספים או לקבל הלוואה מן הפוליסה בגין ערך פדיון ממנו משולמת הקצבה.

תאריך	שם המבוטח	חתימת המבוטח
		X

**הצהרה בדבר ביטול הכיסוי הביטוחי ככל שקיים/בתוקף (יש למלא במידה והתבקש פדיון מלוא סכום הצבירה בפוליסה\*)**

\*פדיון מלא יחשב פדיון של 90% ומעלה מסך סכום החיסכון המצטבר

ידוע לי, כי ככל שקיימים בפוליסה כיסויים ביטוחיים כלשהם בתוקף, הרי שתוך שלושה ימים מיום הגעת בקשתי זו לחברה, יבוטלו הכיסויים הביטוחיים.

תאריך	שם המבוטח	חתימת המבוטח
		X

**פרטי חשבון בנק להעברה חודשית (יש לצרף המחאה מבוטלת לאימות פרטי החשבון)**

שם בעל החשבון	שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
---------------	---------	----------	----------	-----------	-----------

ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים ולטובתי, תפנה החברה לבנק הרלבנטי (להלן: "הבנק") באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב) לאימות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מס' זיהוי ומס' חשבון, וזאת לצורך בדיקת תקינות פרטי חשבון הבנק שלי ועל מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני. הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה בנוגע להליך האימות כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל.

**הצהרה על בקשה לקבלת קצבה מכספי צבירה הונים/קופה לא משלמת לקצבה**

ידוע לי כי אם אבחר לקבל קצבה חודשית מסכום החיסכון המצטבר ההוני/קופה לא משלמת לקצבה שלזכותי, ייקבעו מקדמי הקצבה על פי טבלת המקדמים שתהיה בתוקף במועד בחירת הקצבה ובהתאם לנהלי החברה.

תאריך	שם המבוטח	חתימת המבוטח
		X

**הצהרה על אופן קבלת תשלום בתום תקופת הביטוח היסודי**

ככל שבידי תנאים מיוחדים לביטוח מעורב לפי תכנית מנהלים או תנאים לביטוח מעורב לפי תוכנית פיצויים ותגמולים או תנאים לביטוח חסכון לפי תוכנית מנהלים או תנאים לביטוח חסכון (במידה ואינך מחזיק בתנאים אלו, אין צורך לחתום על הצהרה זו):

הואיל ובחברתי בסעיף 99 בתנאים המיוחדים לביטוח מעורב לפי תוכנית מנהלים או בסעיף 99 בתנאים מיוחדים לביטוח מעורב לפי תוכנית פיצויים ותגמולים או בסעיף 99 בתנאים מיוחדים לביטוח חסכון לפי תוכנית פיצויים ותגמולים או בסעיף 99 בתנאים מיוחדים לביטוח חסכון לפי תוכנית פיצויים ותגמולים או בסעיף 99 בתנאים מיוחדים לביטוח חסכון לפי תוכנית פיצויים ותגמולים, אקבל מאה ועשרים תשלומים חודשיים שווים ורצופים, (להלן: "התקופה הראשונה") ולאחריהם אקבל קצבה לכל ימי חיי (להלן: "התקופה השנייה"), בתשלומים שווים ורצופים השווים בגובהם לתשלומים שישלמו בתקופה הראשונה, ידוע לי כי החברה תהא פטורה מתשלום לשאר ימי חיי בתקופה השנייה והם לא יהיו זכאים לבקש ו/או לדרוש סכום כלשהו בגין יתרת התשלומים.

תאריך	שם המבוטח	חתימת המבוטח
		X

בחתימתי על טופס התביעה הנני מאשר כי בכל מקרה שיועבר תשלום בטעות לאחר פטירתי ולאחר תום חבות חברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ כלפי או כלפי מוטבי/שאיירי/יורשי, מעבר לזכאותי ע"פ דין, הנני מאשר בזאת להפניקס חברה לביטוח בע"מ לקזז מתוך כספים המגיעים למי מטעמי ו/או למוטבי ו/או שאירי ו/או ליורשי מכל סיבה שהיא לרבות, בעת תהליך פדיון, תביעה, קצבה או כל זכות כספית שתגיע לי על פי דין מהחברה ו/או מכל חברה בשליטת הפניקס חברה לביטוח בע"מ וזאת לצורך פירעון מלוא סכום התשלום שיועבר בטעות.

כמו כן, הנני מסכים ומאשר בזאת את זכאות החברה לקבל מהבנק החזר התשלום מיד עם דרישה ראשונה.

ידוע לי כי הוראה זו הינה בלתי חוזרת, לא תהיה לי רשות לבטלה או לשנותה וכוחה יהיה יפה גם לאחר פטירתי והיא תחייב גם את מוטבי/שאיירי/יורשי, את אפוטרופוסי ואת מנהל עזבוני.

**חתימות**

חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ולאחר ששקלתי את האמור בה.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המבוטח
				X

סוכן יקר, אם המסמכים לא נמסרו על ידך למשרדי החברה באותו יום בו התקבלו אצלך, הרי שעליך למלא טופס "הודעה על מועד קבלת מסמכי המבוטח", המצוי בפורטל הסוכנים, ולהעבירו יחד עם בקשת המבוטח לחברתנו. יובהר כי ככל שלא יתקבל טופס כאמור, תראה החברה את מועד קבלת המסמכים בחברה, כמועד בו נתקבלו אצל הסוכן.

**נדרש למילוי רק במקרים בהם הפדיון הינו מפוליסה שנפתחה לאחר שנת 2002 והכספים הינם כספי פרט או תגמולים לעצמאיים (לא כולל תגמולי שכיר/מנהלים)**

**טופס הצהרת מוטב למקרה חיים/מוטב למקרה מוות**

**תוספת שלישית – (סעיף 5 (ד))**

מס' הפוליסה/החשבון: \_\_\_\_\_ שם קופת הגמל: \_\_\_\_\_

אני: \_\_\_\_\_ (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד), בעל מס' זהות: \_\_\_\_\_

מצהיר בזה כי:

אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון.

הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון הם:

שם	מס' זהות <sup>1</sup>	תאריך לידה/התאגדות <sup>2</sup>	מען

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות <sup>1</sup>	תאריך לידה

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי-מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לחוק איסור הלבנת הון, תשע"ז-2017, מהווה עבירה פלילית.

<b>X</b>					
חתימת		תאריך			

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי.

2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.



# 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"י"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	הפניקס חברה לביטוח	כתובת	דרך השלום 53, גבעתיים 5345433	מספר טלפון	9 3 0 6 3 8 7 1 3
מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה		תאריך לידה	

## ב. פרטי העובד / ת (יש לצרף צילום תעודת זהות)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית	מספר	מספר	מספר טלפון	
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	רווקה <input type="checkbox"/>	נשואה <input type="checkbox"/>	חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/>
זכר <input type="checkbox"/>	נקבה <input type="checkbox"/>	גרומה <input type="checkbox"/>	אלמן/ה <input type="checkbox"/>	פרודה/ה (חובה לצרף אישור פ"ש) <input type="checkbox"/>
		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>	כן, שם הקופה <input type="checkbox"/>

## ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)  
 (1) תאריך תחילה העבודה בשנת המס

משכורת חודש (2)  
 משכורת בעד משרה נוספת (3)  
 משכורת חלקית (4)  
 שכר עבודה (עובד יומי) (5)  
 קצבה (6)  
 מלגה (1)

## ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה

סמך/י ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בנינו קצבת ילדים מבי"ל (\*)

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

## ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)  
 יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש (2)  
 משכורת בעד משרה נוספת (3)  
 משכורת חלקית (4)  
 שכר עבודה (עובד יומי) (5)  
 קצבה (6)  
 מלגה (1) ממקור אחר

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמך/י:  
 אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת (7)  
 אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו (8)  
 אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)  
 אין מפרישים עבורי לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10)

(\*) חובה לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי, למעט במקרה של אישה נשואה ואלמן/ה

## ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<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	פרטי השינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
/ /		/ /	
/ /		/ /	
/ /		/ /	

ה. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

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 לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3  אני תושב/ת קבועה/ בישוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך \_\_\_\_\_ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב \_\_\_\_\_ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.

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 הגיעה/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת **עפ"י סעיף 9(5) לפקודה**.

6  אני הורה במשפחה חד הורית<sup>(11)</sup>. 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<sup>(12)</sup>.  
 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<sup>(12)</sup>.  
 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<sup>(12)</sup> לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10  בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו אלו, 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 (סמן/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<sup>(1)</sup> כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	המעביד / משלם השכורת <sup>(1)</sup>		
			שם	כתובת	מספר תיק ניכויים
					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 0101

- (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" מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש - המשכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (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 במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז 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 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.
- (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 - על המעביד לנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפי"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פי"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.