

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:

- באופן דיגיטלי בקישור: <https://wicclaim.fnx.co.il>

- לתיבת דוא"ל: Tviothaim@fnx.co.il

- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה מסמך למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.

- באמצעות פקס: 03-7337975

- באמצעות סוכן הביטוח שלך

- באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433

לידיעתך - באפשרותך לברר את סטטוס התביעה שלך, להגיש מסמכים ולצפות במסמכי התביעה שלך באזור המידע האישי באתר www.fnx.co.il או בחדר התביעה בקישור שישלח אליך עם פתיחת התביעה (לצורך כך עליך לעדכן מס' טלפון נייד וכתובת דוא"ל בטופס התביעה).

בברכה,

מחלקת תביעות ביטוח חיים

פירוט המסמכים הנוצרים לטיפול בתביעת אובדן כושר עבודה

1. אישורים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי הנמצאים ברשותך;
2. טופס ויתור על סודיות רפואית חתום כולל חתימת העד ופרטיו המלאים;
3. ככל שפנית בתביעה למוסד לביטוח לאומי בקשר לתאונת עבודה, נכות כללית, חופשת לידה ושמירת הריון - העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי, ככל שיש החלטה;
4. אם הינך שכיר - 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח, וככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי, תלושי שכר מיום חזרתך למעגל העבודה;
5. אם הינך עצמאי - אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסות המבוטח לאחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות כאמור;
6. ככל שהינך מקבל ו/או זכאי לקבל קצבה מגורמים אחרים - אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה;
7. טופס 101;
8. העתק המחאה או אישור ניהול חשבון;

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 לכך בטופס.

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה תחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאותך 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="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> בעל שליטה
כתובת (מלאה)		מעמד	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
כתובת 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 בדרכים הבאות: דואר ישראל או דואר אלקטרוני.
 נא סמן ב- את אמצעי התקשורת המועדף עליך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: דואר ישראל דואר אלקטרוני.
 בהעדר סימון בטופס על אמצעי ההתקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו גם בדואר ישראל וגם בדואר אלקטרוני.
 נא סמן ב- אני מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 על מנת שנוכל לתת לך שירות באמצעים דיגיטליים, עליך למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד שלך. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק לך את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

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

פרטי אירוע התביעה				
במקרה של מחלה	תאריך אבחון המחלה	שם המחלה		
	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן			
	האם אושפזת בשל המחלה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	פרט: בבית חולים	מחלקה	
במקרה של תאונה	שם הרופא המטפל	תאריך ארוע התאונה/פגיעה		
	תאור קצר של נסיבות התאונה	תאריך ארוע התאונה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	פרט: בבית חולים	
	שם הרופא המטפל	תאריך ארוע התאונה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	פרט: בבית חולים	
		כתובת	מחלקה	

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

ככל והשבת כן באחת מהאפשרויות לעיל הינך נדרש לצרף מהגורם המתאים, אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה.

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

היסטוריה תעסוקתית
פרט מה היו עיסוקיך בעבר: _____
שם המעסיק / המעסיקים: _____

מערך התביעות

מרכז קשרי לקוחות fnx | קבלת קהל: *3455 / 03-7332222 | רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל

משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | פקס: 03-7337975

www.fnx.co.il | Tviotthaim@fnx.co.il

← 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

← 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 כסוי 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"/>		

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

כתב ויתור סודיות רפואית

לכבוד,

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

גבעתיים, דרך השלום 53 5345433

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

קבלת מידע כלכלי

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. כולל מצב התביעה, סכום השילוק וסכומים להם אני זכאי מהחברות האמורות בגין תביעותיי ותקופת אי הכושר שנקבעו בגין מצב הרפואי.

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, יורשיי ו/או עזבוני, ילדיי 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: 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	חתימה+חותמת +מספר רישיון
					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	חתימה+חותמת +מספר רישיון
					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:

שם המבוטח/בעל הפוליסה		ת.ז.	
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		
	X		
תאריך	שם בעל הכרטיס	מס' ת.ז.	חתימת בעל כרטיס האשראי

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		
תאריך	שם המבוטח/בעל הפוליסה	X
	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 כפי שיקבעו על ידי המוסד לביטוח לאומי.

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 (גם לגבי שנים קודמות) - מצ"ב.

3. במידה ואין לך הכנסות נוספות - הינך מתבקש למלא טופס 101 ולחתום על ההצהרה המצ"ב.

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

מח' תביעות ביטוח חיים

דרך השלום 53 גבעתיים 5345433

פקס: 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 מתחילת 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

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות									
0	סוג	המסמך	דפים						

לכבוד

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה
לאישה נשואה

מספר זהות ס"ב		שם פרטי	שם משפחה
כתובת			
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה
דואר אלקטרוני		מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני		טלפון נייד	טלפון קווי
אני מאשרת קבלת הודעות SMS			

הנני מצהירה בזאת כי:

פרשתי לגמלאות החל מתאריך _____.

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% / 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 קבועה/ 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 חדשה/ 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 חדשה/ת - 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 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 ⁽¹¹⁾

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 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
- (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.