הפניקס

מערך תביעות

פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337975

מייל לשליחת מסמכים: Tviothaim@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433

צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

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 הנחוצים 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 התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאותך לתשלום כלשהו.

בברכה,

מחלקת תביעות חיים – אובדן כושר עבודה

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337975
מייל לשליחת מסמכים: Tviothaim@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

טופס תביעה – אבדן כושר עבודה

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	עיסוק

כתובת (מלאה)	מעמד
	○ עצמאי ○ שכיר ○ בעל שליטה

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 ההתקשרות המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו גם בדואר ישראל וגם בדואר אלקטרוני.
נא סמן ב- ✓ ○ אני מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות חיים עתידיות.
על מנת שנוכל לתת לך שירות באמצעים הדיגיטליים, 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.

תאריך הפסקת עבודה ____/____/____	האם חזרת לעבודה ○ מלאה ○ חלקית מספר שעות ביום ____	תאריך (משוער) לחזרה לעבודה ____/____/____

פרטי אירוע התביעה

במקרה של מחלה	תאריך אבחון המחלה		שם המחלה	
	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן			
	האם אושפזת בשל המחלה ○ לא ○ כן	פרט: בבית חולים		מחלקה
	שם הרופא המטפל	כתובתו		
במקרה של תאונה	תאריך ארוע התאונה/פגיעה			
	תאור קצר של נסיבות התאונה			
	האם אושפזת בשל התאונה ○ לא ○ כן	פרט: בבית חולים		מחלקה
	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 ○ כן ○ לא	**קרנות פנסיה** ○ כן ○ לא	**חברת ביטוח אחרת** ○ כן ○ לא
פרט: _____	שם הקופה: _____	שם החברה: _____
_____	פרט: _____	פרט: _____
_____	_____	_____

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

פרטי המעסיק

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

היסטוריה תעסוקתית

פרט מה היו עיסוקיך בעבר: _____

_____

שם המעסיק / המעסיקים: _____

_____

מערך תביעות

פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337975
מייל לשליחת מסמכים: Tviothaim@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.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 מתחיב 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 זכויותיי הביטוחיות ו/או הכלכליות (ככל שיש רכיב חיסכון). ידוע לי כי אי תשלום הפרמיה יכול להוביל לביטול הפוליסה או פגיעה בזכויותיי מכוח הפוליסה.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	חתימה
			✗

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
		✗

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
		✗

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
		✗

הצהרת הסוכן לגבי ביטוחים בחברות אחרות

אני הח"מ	מס' ת.ז. (סוכן ביטוח)

מצהיר ומאשר בזאת כדלקמן (נא לסמן בעיגול הרלוונטי):

○ המבוטח שבנדון לא בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת כיסויים ביטוחיים מקבילים בכל חברת ביטוח אחרת מלבד הפניקס.

○ המבוטח שבנדון בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת/ות כיסויים ביטוחיים מקבילים בחברת/ות הביטוח כדלקמן: _____

תאריך		חתימת הסוכן
		✗

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337975
מייל לשליחת מסמכים: Tviothaim@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

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

קבלת מידע כלכלי ו/או רפואי

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. כולל מצב התביעה, סכום הסילוק 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 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, יורשיי ו/או עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

על החתום המבוטח

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	כתובת	תאריך	חתימה
				✗

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	חתימה+חותמת +מספר רישיון
					✗

האפוטרופוס

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
			✗

היורשים

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
			✗

העד לחתימה

עיסוק	שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	כתובת	תאריך	חתימה+חותמת + מספר רישיון
					✗

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337975
מייל לשליחת מסמכים: Tviothaim@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

בקשה להחזר פרמיה בגין גביה מכרטיס אשראי

פרטי הסוכן

מס' סוכן	שם הסוכן	מס' צוות	שם האשכול
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: ○ ויזה כ.א.ל ○ ישראכארט ○ לאומי כארד ○ דיינרס ○ אמריקן אקספרס ○ אחר

מס' כרטיס האשראי	תוקף

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	חתימת המבוטח/בעל הפוליסה
		✗

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337975
מייל לשליחת מסמכים: Tviothaim@fnx.co.il | **משרד ראשי:** דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

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 יד 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 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 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

_____ _____

תאריך חתימת המבקש

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים
סניף_____

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות סוג המסמך **0** דפים

לכבוד

_____
_____
_____

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה/אובדן כושר לאישה נשואה
מחודש ___ עד חודש ___ לשנת _____

1 פרטי המבקשת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

❑ אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

2 הצהרה

אני מצהירה בזאת כי בתקופה שבנדון אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי, איני מקבלת חלף שכר (כדוגמא: ימי מחלה או ימי חופשה), איני נמצאת בחל"ת ואיני מקבלת אחת מהגמלאות המחליפות שכר (דמי לידה, שמירת הריון, דמי פגיעה ופש"ר) , 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 ×_____

רשות המסים בישראל

כרטיס עובד[1]

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק[1]

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

סמן/י √ בריבוע המתאים

שנת המס ____

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק 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 המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
הפניקס חברה לביטוח בע"מ	דרך השלום 53 גבעתיים מיקוד 5345433		930638713

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.) ____ כתובת פרטית: רחוב/שכונה ____ מספר ____ עיר/ישוב ____ מיקוד ____

מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
☐ זכר ☐ נקבה	☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ לא ☐ כן, שם הקופה ____

כתובת דואר אלקטרוני ____ מספר טלפון / ____ מספר טלפון נייד / ____

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח 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 הכנסותיי ממעסיק זה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

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

תאריך תחילת העבודה[1] בשנת המס: ____

ה. פרטים על הכנסות אחרות

☐ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה[1]

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

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

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:

☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת[7]

☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו[8]

☐ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת[9]

☐ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת[10]

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) ____ ☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת

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

תאריך השינוי	פרטי השינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

מ"א, אגף בכיר מס"ב, מחלקת מדיניות מיסוי ומדיניות (מעודכן ל - 11.2022/ב)

ח. 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 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 1312א.
4	❑ אני עולה חדש/ה מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. **<u>חובה לצרף</u>:** 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 **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 ילדיי 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 _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 13 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 12 שנים בשנת המס _____ .
8	❑ בגין ילדיי. 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 _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 12 שנים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .
9	❑ אני הורה יחיד[12] לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	❑ בגין ילדיי 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	❑ אני הורה ל ____ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
12	❑ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
13	❑ מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
14	❑ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
15	❑ 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 מעסיק 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:

מ ע ס י ק / מ ש ל ם מ ש כ ו ר ת [1]			סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/ מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה
ש ם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים		(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 למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ _____
תאריך חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

(1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעסיק"** 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** - משכורת 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** - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
(7) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
(8) **אם העובד מילא משבצת זו** - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
(9) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - על המעסיק 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 המעסיק 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) **ישוב מזכה** - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.