

## הנחיות להגשת בקשה לקבלת פנסיית שאירים / פדיון כספים בפטירת מבוטח

קבלו נא את השתתפותינו בצערכם על מות יקירכם.

אנו נעשה כל מאמץ לזרז את הטפול בתביעתכם, לכן מילוי של טופס התביעה על הנחיותיו יעזור לנו לטפל בתביעתכם ולשביעות רצונכם. זכאות לתשלום פנסיית שאירים מותנית בקיומם של שאירים. פנסיית השאירים תשולם לאלמנה, לרבות ידועה בציבור ולהורה הנתמך ע"י המבטוח וכן בן עם מוגבלות ובן נבחר עם מוגבלות לכל ימי חייהם ליתום שאינו מוגבל עד הגיעו לגיל 21, ככל שנמצאו זכאים על פי תקנון הקרן. באין שאירים יחולקו הכספים בין המוטבים ובאין הוראת מינוי מוטבים, הכספים ישולמו ליורשים החוקיים בהתאם לצו ירושה שהוצא מטעם בית משפט או בית דין רבני או צוואה שקיומה בצו של בית משפט. עם זאת, במקרה בו הסכום לתשלום העומד לזכות המוטבים נמוך מ- 8,000 ש"ח\*, ובתנאי שחלפו 3 שנים מהפטירה. ניתן לחתום על הצהרה לענין משיכת יתרה צבורה נמוכה מחשבן עמית שנפטר (ראה להלן בדף 3) וללא צורך בהמצאת צו ירושה או צו קיום צוואה. \*הסכום האמור מעודכן מדי שנה בהתאם לעליית המדד לעומת המדד הידוע ביום 3.5.2017.

לידיעתך, בחתימתך על טופס הבקשה לפנסיית שאירים ניתן לבחור כי ככל שסכום פנסיית לכלל השאירים המחושב יהא נמוך מסכום פנסיית המינימום הקבועה בתקנון (5% מהשכר הממוצע במשק כפי שיהיה בתוקף במועד הפטירה). אזי יבוצע לזכותך פדיון הכספים הצבורים בחשבון המבטוח, ובמקרה זה השאירים מוותרים על האפשרות לקבלת פנסיית שאירים, וזאת אלא אם תבחר בקבלת פנסיית השאירים בניכוי של 6% מההפרש בין פנסיית המינימום הקבועה בתקנון לבין סכום פנסיית השאירים לה זכאים השאירים.

### היוון קצבת שאירים (קבלת תשלום חד פעמי)

- לאלמן/נה- ניתן להוון עד 25% מקצבת השאירים לה יש זכאות לתקופה של 5 שנים ובלבד שסכום הקצבה לאחר ההיוון לא יהיה נמוך מסכום קצבה מזערי כהגדרתו בחוק קופות גמל. נכון ל- 10/2021 4,525 ש"ח.
- ליתום- במידה והיתומים בין גיל 18 ל- 21 בלבד במועד הפטירה ואין אלמן/נה או בן עם מוגבלות ניתן לבחור היוון קצבה לסכום חד פעמי אשר יחושב בהתאם לתקנון.

### הגשת מסמכים לבקשת קצבת שאירים

- כדי שנוכל לטפל בפנייתכם בהקדם האפשרי יש לצרף לבקשה את המסמכים הבאים:
- טופס בקשה לקבלת פנסיית שאירים/ פדיון כספים בפטירת מבוטח (טופס זה).
- תעודת פטירה
- צילום תעודת זהות של הנפטר כולל ספח פתוח ובו מצוין המצב המשפחתי ופרטי הילדים\*
- צילום תעודת זהות של האלמנה כולל ספח פתוח ובו מצוין המצב המשפחתי ופרטי הילדים\*
- אישור כי הילדים הינם ילדי המנוח (ספח ת.ז. על שם המנוח הכולל את הילדים או תעודת לידה או תמצית מרשם האוכלוסין).
- צילום צ'ק/אסמכתא בנקאית הכוללת את פרטי ומספר החשבון ותעודת הזהות של השאירים
- יתום מעל גיל 18 - צילום ת.ז. ואישור לחשבון הבנק הכולל את שם היתום ומס' תעודת זהות או אישור בכתב על הסכמה להעברת התשלום החודשי לידי ההורה.
- יתום משני ההורים - במידה והבקשה מוגשת ע"י אפוטרופוס יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס, צילום תעודת זהות של האפוטרופוס.
- במידה ונבחר מסלול עם תקופת הבטחה יש לצרף הצהרת בריאות (כאשר מועד הפטירה קודם ל- 6/2018)
- טופס 101 של בן/בת הזוג ולכל יתום (גם אם הוא קטין) ופטור לשאיר, ככל שישנה קצבת שאירים נוספת שאינה מביטוח לאומי יש להעביר אישור פקיד שומה על מנת שלא ינוכה מס מקסימלי. כמו כן ככל שנבחר היוון פנסיית השאירים ניתן להעביר אישור פקיד שומה על מנת לקבל הקלה/פטור מניכוי מס הכנסה.
- בת הזוג שאינה נשואה למבטוח יש להמציא צו של ערכאה שיפוטית המכריזה עליה כידועה בציבור או אישור המוסד לביטוח לאומי המכיר בבת הזוג כידועה בציבור של המנוח.
- בן עם מוגבלות ובן נבחר עם מוגבלות אישור כי אינו מסוגל לכלכל את עצמו ואין לו הכנסה כדי מחייתו מלבד קצבת נכות או זקנה מביטוח לאומי וכן אישור המוסד לביטוח לאומי המציין תחילת קבלת קצבת נכות.
- הורה המבטוח שאינו מסוגל לכלכל את עצמו מעבודה יש לצרף אישור כי מקבל הבטחת הכנסה מביטוח לאומי ואין הכנסות אחרות מלבד הבטחת הכנסה וקצבת נכות מביטוח לאומי.
- \*במקרה שכתובת המגורים בספחים של המנוח והאלמנה אינן זהות יש להעביר הוכחת מגורים משותפים (חשבונית, הסכם שכירות או כל מסמך אחר המוכיח שהאלמנה התגוררה עם העמית במועד פטירתו).

### הגשת מסמכים נוספים במקרה והמבטוח לא צבר תקופת אכשרה (60 חודשים בקרן)

- אישור על סיבת הפטירה (דוח פטירה מבית חולים, דוח משטרה, דוח נתיחה לאחר פטירה ככל וקיים).
- צו ירושה או צו קיום צוואה
- בהליך לקבלת פנסיית שאירים, במידה ולא נצברה תקופת אכשרה מיום הצטרפות המבטוח לקרן הפנסיה (60 חודשים) יתקיים הליך איסוף חומר רפואי מול גופים רפואיים, הליך המתבצע ע"י חברה המתמחה בכך.
- לצורך איסוף החומר הרפואי, יש לחתום על כתב ויתור סודיות רפואית המצורף לטופס זה בהמשך הטופס

### באין שאירים או ככל שבחרת בפדיון הכספים במקרה של פנסיה נמוכה ממינימום, נא המצא לרשותנו את המסמכים הבאים:

- טופס בקשה לקבלת פנסיית שאירים של המבטוח.
- תעודת פטירה
- צו ירושה או צו קיום צוואה
- צילום ת.ז של כל אחד מהשאירים/מוטבים/יורשים
- צילום המחאה לאישור פרטי חשבון הבנק
- אישור פקיד שומה להנחיות מס על הפיצויים לכל מעסיק או טופס 161 מהמעסיק במידה והפטירה הינה באותה שנת מס.
- באין שאירים אישור בית משפט הקובע מי זכאי לתשלום הפיצויים.

**בקשה לקבלת פנסיית שאירים בפטירת מבוטח/פדיון כספים בפטירת מבוטח**

פרטים אישיים של המבוטח (להלן: "המנוח")			
<input type="radio"/> הפניקס פנסיה מקיפה <input type="radio"/> הפניקס פנסיה משלימה * בהיעדר סימון, יראו בבקשת תשלום פנסית נכות כמתייחסת לשתי קרנות הפנסיה.		שם פרטי	שם משפחה
שם הקרן		ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן
מקום עבודה אחרון		תאריך פטירה	מין
		מצב משפחתי טרם פטירה	

**פרטי האירוע - נא ציין את סיבת המוות/נסיבות האירוע**


**פרטי מגיש הבקשה**

קרבה למבוטח:  אלמן/ה  ידועה/בציבור  אפוטרופוס  בן/בת המבוטח עד גיל 21  בן עם מוגבלות  יורש  מוטב  הורה

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	טלפון
כתובת למשלוח דואר	דואר אלקטרוני	נייד	

**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 עליך. לתשומת לבך, 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 יישלחו אליך באמצעות דואר ישראל.

בחירה במשלוח הודעות באמצעות דואר אלקטרוני תכלול את כל המסמכים הרלוונטיים לתביעה, לרבות מכתבים הנוגעים לנושא "מקבלי קצבאות השוהים בחו"ל" ותסייע לחברה להעניק לך 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.

**פרטים על בן/בת זוג - ימולא על ידי אלמן/אלמנה ידועה/בציבור**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה

**פרטי ילדי המבוטח שטרם מלאו להם 21 בעת הפטירה וכן בן עם מוגבלות**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה

- ככל שקיימים ילדים נוספים עד גיל 21 במועד הפטירה, נא לצרף את פרטיהם.  
 - שאירים עפ"י התקנון הם: בן/בת זוג (נשואה/ידועה/בציבור), ילדים שגילם מתחת לגיל 21 במועד פטירת המבוטח, הורה ו/או בן עם מוגבלות בהתאם לתקנון.

**פרטים על האפוטרופוס במקרה שמגיש הבקשה הינו האפוטרופוס של הזכאים לפנסיית שאירים**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה

**הורה המבוטח הסמוך על שולחנו**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה

שמות מגישי הבקשה יורשים/מוטבים במקרה של פדיון שארים					
שם	ת.ז.	כתובת	קירבה משפחתית	% מערך הפדיון	
					1
					2
					3
					4

**מסלול קבלת פנסיית שארים - ניתן לבחור רק במקרים בהם מועד הפטירה קודם ל- 6/2018**

פנסיה לכל החיים ללא הבטחת מינימום תשלומי פנסיה.  
 פנסיה לכל החיים עם הבטחה ל \_\_\_\_\_ חודשים.  
 הערות: \*ניתן לבחור פנסיה הכוללת הבטחה של 60/120/180/240 חודשים אם בתום תקופת ההבטחה גיל האלמן אינו עולה על גיל 85/87 (בהתאם לתקנון הרלבנטי ביום הפטירה) בהעדף סימון ישולם ללא תקופת הבטחה.

כל שיתברר כי פנסיית השארים לה הנך זכאי תהיה נמוכה מפנסיית המינימום כהגדרתה בתקנוני הפנסיה, ינוכו דמי ניהול נוספים בשיעור של עד 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין פנסיית השארים המשולמת, למעט פנסיית שארים של מי שקיבל קצבת זקנה, טרם פטירתו. תשלום פנסיית שארים החל מהחודש שלאחר חודש הפטירה.

מוטבים בבחירה בתקופת הבטחה			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חלק יחסי ב- %

ככל שקיימים מוטבים נוספים נא לצרף את פרטיהם בדף נפרד.

פרטי חשבון בנק אליו יועברו הכספים					
שם משפחה	שם פרטי	שם הבנק	שם הסניף	מספר סניף	מספר חשבון

\* פרטי חשבון הבנק חייבים להיות זהים לאסמכתא הבנקאית שצורפה לבקשה (צילום המחאה מבוטלת או אישור הבנק הכולל את הפרטים הבאים: שם מלא, מספר ת.ז., מספר סניף, מספר חשבון וחתימה וחותמת הבנק).

**הצהרת יתום מעל גיל 18 המבקש להעביר את פנסיית השארים לחשבון ההורה**

הריני מאשר העברת פנסיית השארים לה אני זכאי לחשבון ההורה \_\_\_\_\_ (שם ההורה) כמפורט בטופס תביעת השארים.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המבקש	

**הצהרה לענין משיכת יתרה צבורה נמוכה מחשבון עמית שנפטר**

1. הריני להצהיר בזאת כי חלפו שלוש שנים ממועד פטירת העמית ועד למועד בקשתי זו, וכי הנני  בנו/בתו  הורה  בן/בת זוגו של העמית.  
 2. הריני להצהיר כי למיטב ידיעתי הנני יורש לפי כל דין של העמית בחשבון זה וזכאי ל % \_\_\_\_\_ מהכספים בחשבון. ככל שישולמו לי כספים על בסיס הצהרתי זו, והקופה תחוייב לשלם את הכספים ששולמו לי או חלקם לגורם אחר, הנני מתחייב לשפות את הקופה בגין מלוא הכספים ששולמו לי בצירוף ריבית כדין, לרבות בגין הוצאות הקופה עקב תשלום הכספים כאמור.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המבקש	

**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 המבקש				

**הצהרות לגבי פנסיית שאירים/פדיון כספים בפטירת המבוטח והיוון קצבת השאירים**

1. נא לסמן את בחירתך:
  - הריני מבקש כי ככל שקצבת פנסיית השאירים תהא נמוכה מפנסית המינימום הקבועה בתקנון (5% מהשכר הממוצע במשק), אזי יבוצע פדיון הכספים הצבורים בחשבון המבוטח והנני מוותר על האפשרות לקבל פנסיית שאירים.
  - הריני מבקש בזאת לקבל פנסית שאירים נמוכה מפנסית מינימום כקבוע בתקנון, ידוע לי כי מפנסית השאירים ינוכו דמי ניהול בשיעור 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין פנסיית השאירים המשולמת.
  - ככל ולא תסמן את בחירתך יבוצע פדיון הכספים הצבורים.
2. ככל שישנה זכאות לתשלום פנסיית שאירים אנו סמן האם הינך מעוניין בהיוון:
  - הנני מעוניין להוון את פנסיית השאירים במידה ואהיה זכאי בהתאם לתקנון.
  - תקופת ההיוון בחודשים: \_\_\_\_\_ אחוז הקצבה להיוון: \_\_\_\_\_
  - ככל ולא תסמן את בחירתך תשולם פנסיית השאירים ללא היוון.
3. הריני מצהיר כי כל הנתונים והפרטים שמסרתי מלאים ונכונים.
4. ידוע לי כי זכויותי כירש/ מוטב / שאיר בקרן הפנסיה לרבות הזכאות לפנסיית שאירים נקבעת על פי התקנון וכי במקרה שאבחר בפנסיה ללא תקופת הבטחה היתומים או המוטבים יקבלו פנסיה בלבד, ככל שיהיו זכאים לכך על פי התקנון
5. ידוע לי כי החלטותי הינן סופיות ואינן ניתנות לביטול או שינוי מאחר וחשוב הפנסיה נקבע על פיהן, ולא אהיה זכאי למשיכת כספי הצבירה בחשבון לרבות מרכיב הפיצויים.
6. ידוע לי כי אם יתברר שהפרטים שמסרתי כולם או חלקם אינם נכונים תהיה החברה רשאית לבטל את זכויותי לפנסיה, לרבות קיזוז הסכומים ששלמה לי מהסכומים העומדים לזכותי בקרן.
7. אני מתחייב כי במידה ובעת תקופת תשלום הקצבה אשה מחוץ לישראל למשך תקופה העולה על 6 חודשים אעדכן בכך את הפניקס, אמסור לה פרטים ליצירת קשר עימי בתקופת שהותי מחוץ לישראל ובנוסף אעביר להפניקס 'אישור חיים' על פי נהלי הפניקס וזאת אחת ל-6 חודשים.

X									
ת.ז.	שם האלמן/ה / אפטרופוס / יורש / מוטב	תאריך							
חתימת האלמן/ה / אפטרופוס / יורש / מוטב									

## יותר על סודיות רפואית וכללית

### חלק א' פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
כתובת (רחוב)	מס'	יישוב	מיקוד
טלפון			

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

הנני החתום מטה נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאים, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון - השתלשלות פרופיל ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין - למשרד הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי-חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביח' גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור להפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב.

כמו כן אני נותן לרשות כל אחת מחברות הביטוח ו/או חברות מנהלות של קרנות הפנסיה למסור כל מידע רפואי, מידע המתייחס לביטוחים ו/או לכיסויים ביטוחיים ולרבות החלטות רפואיות, פרוטוקולים של ועדות רפואיות וחוות דעת מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק וסכומים להם אני זכאי מהחברות האמורות בגין תביעותי ותקופת נכות שנקבעו בגין מצב הרפואי.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות חולים ו/או כל רופא מרופיאהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביח' גהה ו/או למרפאות בריאות הנפש ו/או למשרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיאטרים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם וישלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או מרופיאהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני שירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופיאהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו בחלק ב' שלהלן:

תאריך	שם המבוטח / שאיר	ת.ז. המבוטח / שאיר	חתימת המבוטח / שאיר
			X

### חלק ב' נותני השירותים שיפורטו להלן:

שם קופ"ח	שם קופ"ח קודמת
רופאים	1. 2.
	3. 4.
מכונים	1. 2.
	3. 4.

### עד לחתימה (עו"ד/רופא/סוכן ביטוח) - חובה למלא סעיף זה ולהחתימו על ידי העד לחתימה

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
			X
מס' רישיון למילוי על ידי הגורם שחותם		חתימה וחתימת (כולל מס' רישיון)	

על פי תקנות מס הכנסה 9 (ו'6), תשלום קצבה לשאירים מקרן פנסיה או פוליסת ביטוח חיים חייב במס. קצבת שאירים עד לתקרה המזכה כפי שקבע מס הכנסה ומשתנה מעת לעת פטורה ממס, בתנאי שהשאיר אינו מקבל קצבת שאירים נוספת שאינה מהמוסד לביטוח לאומי.

בכדי לקבל את הפטור יש לחתום על ההצהרה המצ"ב.

ככל שישנה קצבת שאירים ממקור אחר שאינה המוסד לביטוח לאומי נדרש לבצע תיאום מס ולהעביר את האישור למחלקת תביעות פנסיה על פי הפרטים הבאים:

הפניקס פנסיה וגמל בע"מ - מחלקת תביעות

דרך השלום 53 גבעתיים 5345433

כתובת למשלוח האישור במייל: tpensya@fnx.co.il

פקס: 037337942

## פרטי המבוטח

שם המנוח/ה	ת.ז.
------------	------

## הצהרת קצבת שאירים יחידה

פרטי המבקש/ת:

שם:

ת.ז.:

אני החתום מטה, מצהיר/ה בזאת כי בשנת \_\_\_\_\_ הנני מקבל/ת מחברת הפניקס פנסיה וגמל בע"מ קצבת שאירים.

הנני מצהיר/ה כי קצבת שאירים זו המשולמת לי מהפניקס פנסיה וגמל בע"מ הינה קצבת השאירים היחידה לה הנני זכאי/ת ואיני זכאי/ת לקבל קצבת שאירים מגורמים אחרים (לא כולל קצבת שאירים מטעם המוסד לביטוח לאומי) ככל שיחול שינוי כאמור, הנני מתחייב/ת לדווח לכם על כך, לאלתר. בכבוד רב,

חתימת המבקש	X	תאריך
-------------	---	-------

**הסבר למילוי טופס 101**

הסבר למילוי דף מס' 1		
כותרת	שנת מס	ציין את שנת המס הנוכחית
סעיף א'	פרטי המעביד	יש למלא סעיף את פרטי הפניקס כמעסיק במידה והטופס לא הודפס מאתר הפניקס בע"מ
סעיף ב'	פרטי העובד	יש למלא את כל הפרטים האישיים
סעיף ג'	פרטים על ילדים	יש למלא את פרטי הילדים על גיל 19
סעיף ד'	פרטים על הכנסות ממעביד זה	יש למלא בסעיף זה "קצבה"
סעיף ה'	פרטים על הכנסות אחרות	יש לסמן האם יש לך הכנסות נוספות שאינן קצבת נכות מביטוח לאומי.
סעיף ו'	פרטים על בן/בת הזוג	יש למלא את הפרטים האישיים של בן/בת הזוג
סעיף ז'	שינויים במהלך השנה	יש למלא במידה והיו שינויים וכן לציין את תאריך השינוי

הסבר למילוי דף מס' 2		
סעיף ח'	סיבות לפטור או זיכוי	יש לסמן את הסעיפים הרלבנטיים
סעיף ט'	בקשה לתיאום מס	יש לצרף אישור תיאום מס מפקיד שומה
סעיף י'	הצהרה	יש לחתום ולציין תאריך

\*שים לב, תיאום מס יתבצע עם קבלת תלוש שכר ראשון מקרן הפנסיה. לצורך ביצוע תיאום המס יש לפנות לפקיד שומה על פי כתובת מגוריו.

# כרטיס עובד<sup>(1)</sup>



סמנ"י / בריבוע המתאים

## ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק<sup>(1)</sup>

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"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת<sup>(1)</sup> 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 הפניקס קרן פנסיה מקיפה (הפניקס פנסיה וגמל בע"מ)	כתובת דרך השלום 53 גבעתיים	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים 9 35217323
---	-------------------------------	------------	--------------------------------

### ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך 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
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמנה/ה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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) ד. פרטים על הכנסותיי ממעסיק זה

סמנ"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

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

משכורת חודש<sup>(2)</sup>

משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup>

משכורת חלקית<sup>(4)</sup>

שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup>

קצבה<sup>(6)</sup>

מלגה<sup>(1)</sup>

### ה. פרטים על הכנסות אחרות

<input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה ומלגה <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
<input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup>
<input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת <sup>(3)</sup>
<input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup>
<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup>
<input type="checkbox"/> קצבה <sup>(6)</sup>
<input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup>
אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמנ"י:
<input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת <sup>(7)</sup>
<input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו <sup>(8)</sup>
<input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת <sup>(9)</sup>
<input type="checkbox"/> 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 <sup>(10)</sup>

### ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות)		יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/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
		/ /	
		/ /	
		/ /	



ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמ"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<sup>(13)</sup> 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 מתאריך \_\_\_\_\_.  
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך \_\_\_\_\_.  
מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. **חובה לצרף:** 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<sup>(11)</sup> 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<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 12 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם 13 שנים עד 17 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם 18 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<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 12 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .

9  אני הורה יחיד<sup>(12)</sup> 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 (סמ"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<sup>(1)</sup> כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	המעסיק / משלם המשכורת <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 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
- (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 שאינה נוכח 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 שאינה נוכח 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 הפרשות 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 הפרשות 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.