

הנחיות להגשת תביעה על פי פוליסה לביטוח חיים במקרה של אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית

מבוטח/ת נכבד/ה,

להלן דף הנחיות, הבא להדריך אותך המבוטח בכל הנוגע למסמכים ולמידע שיש להגיש לחברת הביטוח, על מנת שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

1. טופס ההודעה על תביעה במקרה של אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית, כולל את החלקים הבאים:
חלק א' - כולל את פרטיו האישיים של המבוטח וכן את פרטי מקרה הביטוח.
חלק ב' - "שאלון לרופא מטפל" ימולא על ידי רופאו המטפל של המבוטח, ובו התייחסות למידע הרפואי על מקרה הביטוח.
חלק ג' - "טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות" יחתם על ידי המבוטח ועל-ידי עד לחתימה.
חלק ד' - פרטי חשבון הבנק של המבוטח, לצורך העברת תשלום תגמולי הביטוח. יש לצרף העתק שיק מבוטל או אישור על ניהול חשבון בנק.

2. במקביל למילוי טופס ההודעה על מקרה של אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית, יעביר המבוטח לחברה את האישורים הבאים:

א. אישורים רפואיים

- אישורים רפואיים על חופשת מחלה, לתקופות מוגדרות מרופא מקצועי או מרופא תעסוקתי מעבר לתום התקופת ההמתנה הנקובה בפוליסה.
- סיכומי מחלה מבית החולים.
- במידה והגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי: אישורים מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי פרוטוקולים מלאים של הועדות הרפואיות שעברת. יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.
- אישורים ממוסדות ממשלתיים כגון: משטרת ישראל, משרד הבטחון וכדו', המעידים על נסיבות האירוע, במידה וקיימים.

ב. אישורים על שכר/תקופת עבודה

מבוטח עצמאי

- אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה מיגיעה אישית לפני קרות מקרה הביטוח.
- אישור רואה חשבון המעיד כי המבוטח אינו מקבל שכר עבודה בתקופת אי הכושר הנטענת.

מבוטח שכיר

- 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח או טופס 106.

אישור מהמעביד

- אישור מהמעביד על מועד הפסקת עבודה, בציון גובה השכר המשולם על-ידי המעביד בתקופת אי-הכושר.
- אישור מעביד על מועד החזרה לעבודה, במקרה והמבוטח חזר לעבודה מלאה או חלקית. במקרה של חזרה לעבודה חלקית, המעסיק יציין באישור את תקופת העבודה החלקית ואת היקף המשרה.

ג. טופס 101

- בהתאם להנחיות רשות המיסים, כל מקבל קצבה נדרש למלא טופס 101 מידי שנה.
- יש להקפיד ולמלא את כל הסעיפים הרלוונטיים בטופס. במידה וקיימת הכנסה נוספת, יש להצהיר על כך בסעיף ה' ולצרף תיאום מס לשנת המס הנוכחית, אשר יופנה לחברת "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ".
- את הטופס המלא יש לשלוח לפקס מספר: 03-7608032 או באמצעות הדואר לכתובת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, עבור מחלקת תביעות ביטוח חיים, רחוב אלנבי 115, ת.ד. 927 תל-אביב, מיקוד 6100802 או באמצעות כתובת המייל tviotlife@menora.co.il.

לתשומת ליבך: במידה ולא יתקבל טופס 101 מלא וחתום, נאלץ לראותך כבעל הכנסה נוספת ולנכות מהפיצוי החודשי מס מקסימלי על פי החוק בשיעור 48%.

ד. צילום תעודת זהות כולל הספח.

3. את טופס התביעה והאישורים הנדרשים ניתן לשלוח דרך אמצעי התקשורת הבאים: דואר ישראל ת.ד. 927, תל-אביב 6100802 או באמצעות פקס מס' 03-7608032 או לכתובת המייל: tviotlife@menora.co.il או במסרון על ידי שליחת הספרה 5 לטלפון 050-8085700.
 4. ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים ומסמכים נוספים לפי הצורך.
 5. אנו מודים מראש על שיתוף הפעולה להשגת המידע והמסמכים האמורים לעיל, לשם קידום הטיפול בתביעה.
- בכל מקרה של בעיה או שאלה, הנך מוזמן לפנות למוקד תביעות ביטוח חיים בטלפון: 03-7107680.**
אנו מאחלים לך החלמה מהירה, בריאות טובה ואריכות ימים.

בכבוד רב,

מחלקת תביעות ביטוח חיים
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

תביעת אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית בפוליסת ביטוח חיים חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

1. פרטים מזהים של המבוטח

מס' פוליסה	שם משפחה ושם פרטי:	מספר זהות	תאריך לידה
כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	
רח'	מס' בית	יישוב	מיקוד
שם קופת חולים		סניף	שם רופא משפחה

2. אופן משלוח הודעות - נודה לבחירתך את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך:

☐ דואר ישראל ☐ דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)	מס' טלפון נייד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)
כתובת מייל:	

- לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיור ההודעות ישלחו באמצעות דואר ישראל.
- בחירתך לאופן משלוח הדיור תקפה לתביעה זו בלבד.

3. ככל שהינך מיוצג ע"י עורך דין, הודעות בדבר מהלך בירור התביעה יישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, אנא הקפד על מילוי כתובת המייל של עורך הדין:

☐ דואר ישראל ☐ דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)	מס' טלפון נייד של עו"ד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)
כתובת מייל:	

4. פרטים מזהים על מקום העבודה

מקום עבודה וכתובת	מס' טלפון בעבודה	פרטי תפקידך בעת הפגיעה
שכר החודשי הממוצע ב-12 החודשים האחרונים לעבודתך	תאריך הפסקת עבודתך	האם השתנה תפקידך מאז הוצאת הפוליסה? ☐ כן ☐ לא
האם חזרת לעבודה ☐ כן ☐ לא פרטי/ מועד חזרתך, מספר שעות עבודתך ביום		

5. פרטים רפואיים

א. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה ממחלה

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת טיפול ראשון	תאריך אבחנת המחלה ועל ידי מי	האבחנה הרפואית
שם הרופא המטפל וכתובתו			

ב. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה מתאונה

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה/הפגיעה
תאר בקצרה נסיבות התאונה:		

ג. יש למלא בכל מקרה

האם אושפזת או הינך מאושפז בבית חולים?	האם טופלת על ידי רופאים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל בשנתיים האחרונות?
☐ כן ☐ לא פרט:	☐ כן ☐ לא פרט:
שם הרופא וכתובתו	
תאריכי הטיפול	

6. ביטוחים ותשלומים נוספים

האם אתה מקבל או זכאי לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מאת:				
זכויות לפיצוי		כן	לא	הגורם משלם
למשך זמן	סכום חודשי			
				חברת ביטוח אחרת _____
				קרן פנסיה _____
				ביטוח תאונות ו/או מחלות _____
				ביטוח לאומי _____
				המעסיק _____
				מקור אחר _____

7. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובותיי לעיל הינן מלאות ונכונות: ידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלול לגרום לדחיית תביעתי ו/או שלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה. הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל, אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות במלואן ולהחזיר לחברה פיצויים ששולמו לאחר שחזר אלי כושר העבודה.

תאריך _____ חתימת המבוטח X

8. הריני מאשר בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח מר/גב' _____ (להלן - "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רופאי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.

תאריך _____ חתימת המבוטח X

חלק ב' - שאלון לרופא המטפל

1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

- א. ציין/י את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך _____
- ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין/י כל הפרטים הרפואיים): _____
- ג. מועד התחלת המחלה / הפגיעה _____
- ד. האם דרוש ביצוע ניתוח? ☐ לא ☐ כן, פרט/י: _____
- ה. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות:
1. רנטגן ☐ לא ☐ כן
 2. א.ק.ג. ☐ לא ☐ כן
 3. אנדוסקופיה (כגון בדיקת קיבה או מעי הגס) ☐ לא ☐ כן
 4. טומוגרפיה ממוחשבת ☐ לא ☐ כן
 5. גלים על קוליים (אולטרא סאונד) או הדגמת איברים בעזרת איזוטופים ☐ לא ☐ כן
- אם כן מתי, באיזה מוסד ומהן התוצאות? _____

בדיקות אחרות _____

ו. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין/י פרטים) _____

ז. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח:

- ☐ החלים, פרט/י: _____
- ☐ הורע, פרט/י: _____
- ☐ ללא שינוי, פרט/י: _____

ח. האם נערכה בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני? ☐ לא ☐ כן

אם כן פרט/י סוג הבדיקה, מועד ותוצאותיה _____

ט. לנשים בלבד (ציין מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום): _____

האם נבדקה בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים) ☐ לא ☐ כן, פרט/י: _____

האם נבדקה בבדיקה פפסמיר (בדיקת צואר הרחם) ☐ לא ☐ כן, פרט/י: _____

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

- א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק עבודתו? _____
- ב. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו? _____
- ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור? _____
- ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר עבודה, אם ישנם. _____

3. הערות:

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	כתובת	תאריך
	X		

חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, בתי חולים, בתי חולים פסיכיאטריים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע 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 החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות
--------	----------	--------	----------

חתימת המבוטח:

X	תאריך	שם פרטי ומשפחה	תעודת זהות	חתימת המבוטח (במקרה של קטין חתימת האפוטרופוס)
---	-------	----------------	------------	--

פרטי העד לחתימה (רופא, עו"ד, אחות, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח):

X	תאריך	שם פרטי ומשפחה	עיסוק	תעודת זהות	חתימה+חותמת + מס' רישיון
---	-------	----------------	-------	------------	--------------------------

חלק ד' - פרטי הבנק להעברת תשלום התביעה

יש לצרף העתק שיק מבוטל או אישור על ניהול חשבון בנק.

אני _____ שם המבוטח/ת
מס' זהות _____
כתובת _____ טלפון _____

1. נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו אהיה זכאי/ת בהתאם לפוליסה/ות מספר _____
עבור אובדן כושר עבודה יועבר על ידי "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" לחשבון מס' _____ בבנק _____
סניף _____ ע"ש _____ כתובת הסניף _____
2. רישום העברת הכספים לחשבוני ב"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין ולא
תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" בכל הקשור לכספים.

X
חתימת מבוטח

תאריך

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"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד לנתן 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	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ	רח' אלנבי 115 תל אביב	03-7107680	9 3 5 5 0 7 6 4 0

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				
/									
רחוב/שכונה		מספר		עיר/ישוב		מיקוד		קידומת	
מין		מצב משפחתי		☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה		תושב ישראל		חבר בקופת חולים	
☐ זכר ☐ נקבה		☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)		☐ כן ☐ לא		☐ כן, שם הקופה _____ ☐ לא			

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

סמן/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

סמון/י $\sqrt{\quad}$ ליד שם הילד:

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

תאריך תחילה העבודה⁽¹⁾ בשנת המס	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⁾		

[illegible]

ה. פרטים על הכנסות אחרות

☐ אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות ⁽¹⁾

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

☐ משכורת חודש ⁽²⁾

☐ קצבה ⁽⁶⁾

☐ משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾

☐ מלגה ⁽¹⁾

☐ משכורת חלקית ⁽⁴⁾

☐ ממקור אחר

☐ שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/:

☐ 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 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 לידה		תאריך עליה	
:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה					☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קיצבה/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
		/ /	
		/ /	
		/ /	

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 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 תכנונים 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 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 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 עד 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: <table><tr><th colspan="4">ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת⁽¹⁾</th></tr><tr><th>ש</th><th>מ</th><th>כ</th><th>ת</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>מספר תיק ניכויים</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>9</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>9</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>9</td></tr></table>	ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾				ש	מ	כ	ת				מספר תיק ניכויים				9				9				9
ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾																									
ש	מ	כ	ת																						
			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 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 - 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.
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של יותר 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. 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, 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 שההורה השני בלא פרטי ההורה השני.
- (13) יישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק א"ח, לפי העניין.