

# דיווח סיבת הפסקת תשלומים

נא למלא את הטופס במלואו

## א. פרטי העמית

| שם פרטי | שם משפחה | מספר תעודת זהות |
|---------|----------|-----------------|
|         |          |                 |

## ב. פרטי המעסיק

| שם המעסיק | ח.פ. / עוסק מורשה | מספר טלפון |
|-----------|-------------------|------------|
|           |                   |            |

## ג. סיבת הפסקת תשלומים

נא סמן ב- ✓ את הסיבה להפסקת התשלום:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | סיום העסקה - העמית סיים את עבודתו ביום ____ / ____ / ____.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | חופשה ללא תשלום - נא ציין את תאריך היציאה ____ / ____ / ____ והחזרה ____ / ____ / ____ של העמית.                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | העברת הפקדות שוטפות לבית השקעות אחר - העמית ביקש להעביר את קופת הגמל / קרן השתלמות / קרן פנסיה (נא הקף את סוג הקופה) לבית השקעות אחר החל מחודש שכן ____ / ____ / ____.                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | עבודה בחלק מחודשי השנה בהתאם להסכם העסקה.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | בעל שליטה - אני בעל שליטה (כמשמעות מונח זה בסעיף 32 לפקודת מס הכנסה התשכ"א - 1961) בחברה כמפורט לעיל מאשר כי לא עתידות להתקבל הפקדות רציפות לקופת הגמל / קרן השתלמות / קרן הפנסיה ואני מוותר בזה על כל טענה ו/או דרישה כלפי החברה המנהלת ופותר את החברה המנהלת מכל אחריות שהיא לגביית כל חוב בגין העדר הפקדה / הפקדות. |
| <input type="checkbox"/> | אחר: נא פרט, _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## ד. הצהרה וחתימה

| תאריך | חתימה וחותמת המעסיק                                                                   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|       | ✕  |