

עמית נכבד,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת בקשה לקבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה.
את המסמכים ניתן להחזיר לפי פרטי ההתקשרות כמפורט:

דואר: למשרדי החברה אינפיוניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ המנופים 8, ת.ד. 2167 הרצליה פיתוח 4672559 - לידי תביעות פנסיה

דוא"ל: pensya@infinity.co.il

בעת שליחת המסמכים לכתובת הדואר האלקטרוני יש לשלוח את הקבצים בפורמט של **PDF** בלבד.

טלפון: 09-9579000 או *3488

שעות מענה טלפוני: 08:00-16:00

אנו עומדים לשירותך לצורך מתן הבהרות נוספות, ככל שיידרש.

בברכה,

צוות תביעות פנסיה

אינפיוניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ

הליך ברור וישוב תביעת קצבת נכות

אגרת זו מפרטת את הליך בירור וישוב התביעה בהתאם לקבוע בהוראות חוזר גופים מוסדיים "בירור וישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור" ובהתאם למערכת הכללים שנקבעה על ידי החברה ומפורסמת באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.infinity.co.il (להלן: "מערכת הכללים").

עם קבלת התביעה במשרדי החברה, תנקוט החברה את מרב המאמצים לבירור מהיר ויעיל של התביעה בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה.

הגדרת נכה בהתאם לקבוע בתקנון הקרן:

"נכה" הינו עמית מבוטח שלפחות 25% מכושרו לעבוד נפגע מחמת מצבו הבריאותי, וכתוצאה מכך אינו מסוגל לעבוד בעבודתו או בכל עבודה אחרת המתאימה לו לפי השכלתו, הכשרתו או ניסיונו במשך תקופה העולה על 90 ימים קלנדאריים רצופים. קביעת הנכות תהיה בהתאם להחלטת הגורם הרפואי הרלוונטי ובכפוף להוראות התקנון.

תנאי הזכאות

עמית שהוכר כנכה על ידי הגורם הרפואי יהיה זכאי לקבל קצבת נכות מהקרן בהתקיים כל התנאים המפורטים להלן:

1. העמית היה עמית מבוטח בקרן במועד האירוע המזכה בקצבת נכות;
2. הסתיימה תקופת אכשרה* ככל הנדרש, בהתאם לקבוע בתקנון הקרן, טרם מועד האירוע המזכה;
3. הנכות לא נגרמה כתוצאה מאירוע או מחלה אשר הוחרגה בהליך החיתום הרפואי של העמית;
4. העמית החזיר לקרן כספים שמשך או העביר ממרכיב התגמולים לאחר מועד האירוע המזכה;

*תקופת אכשרה

- 60 חודשי ביטוח רצופים החל מחודש ההצטרפות או חידוש הביטוח, לפי המאוחר, ועד למועד האירוע המזכה. תקופת האכשרה כאמור תחול בשל אירוע מזכה הנובע מתאונה, מחלה, מום או כל מצב רפואי שאירעו או החלו, לפי קביעת הגורם הרפואי, לפני מועד הצטרפות העמית לקרן או לפני חידוש מעמדו כעמית מבוטח בקרן, לפי המאוחר.
- תקופת האכשרה בשל אירוע מזכה הנובע מנסיון התאבדות הינה 12 חודשי ביטוח רצופים החל מחודש ההצטרפות או חידוש הביטוח, לפי המאוחר ועד למועד האירוע המזכה.

לתשומת ליבך, בכפוף להוראות תקנון הקרן התביעה תתיישן לאחר 3 שנים ממועד האירוע המזכה (כהגדרתו בתקנון הקרן). לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

תהליך תביעה

קבלת טופס תביעת נכות במשרדי החברה המנהלת

החברה המנהלת תשיב לעמית בתוך 5 ימי עסקים ממועד קבלת התביעה, לגבי תקינות המסמכים

החברה המנהלת תעביר את המידע והמסמכים הרפואיים לבחינתו של רופא הקרן, על מנת שיקבע האם קיימת זכאות רפואית לקבלת תביעת העמית

החברה המנהלת תודיע לעמית תוך 14 ימי עסקים האם נדרשים מסמכים נוספים לצורך בירור התביעה

החברה המנהלת תודיע לעמית תוך 30 ימים האם אושרה תביעתו או נדחתה

לידיעתך!

על החלטת רופא הקרן ניתן לערער בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת החברה המנהלת על החלטת רופא הקרן / ועדה רפואית.

מידע לעמית

1. **קצבת נכות** תחושב על ידי מכפלת שלושת אלה:
אחוז נכות שנקבע ע"י רופא הקרן * שיעור הכיסוי הביטוחי לנכות (בהתאם למסלול ביטוח) * השכר הקובע לידיעתך,
קצבת נכות לנכה סיעודי תחושב על ידי מכפלת **קצבת הנכות** בשיעור של 133%, ובלבד שקצבת הנכות המשולמת לו לא תעלה על השכר הקובע.
2. הקרן תזקוף מידי חודש לחשבון של נכה בקרן, במהלך תקופת הנכות המאושרת, את דמי הגמולים לפי שיעור הנכות שקבע הגורם הרפואי.
חשוב לציין!
נכה שאושרה לו **נכות חלקית בלבד**, רשאי להורות לחברה המנהלת לגבות דמי ביטוח ממרכיב התגמולים ביתרה הצבורה או להפקיד לקרן סכום בגובה דמי הביטוח, וזאת על ידי מילוי טופס "כיסוי ביטוחי עבור נכה חלקי".
וזאת לצורך שמירה על היקף הכיסוי הביטוחי לנכות ושאינם שהיה לו **בטרם** הפך לנכה, לגבי חלק השכר הקובע אשר ביחס אליו לא נקבעה לו נכות.
למען הסר ספק, לנכה חלקי שלא רכש כיסוי ביטוחי כאמור לעיל, לא יהיה כיסוי ביטוחי לנכות ושאינם ביחס להפרש השכר הקובע, בשל החמרת הנכות הקיימת או בשל נכות או מוות שתיגרם מאירוע שאינו קשור לנכותו הקיימת.
כמו כן, הקרן לא תזקוף לנכות העמית הנכה דמי גמולים בשל הפרש השכר הקובע.
3. **נכה משתכר מעבודה**
נכה שיש לו הכנסה מהמקורות הקבועים בסעיפים 2 (1) ו- 2 (2) לפקודת מס הכנסה או מדמי אבטלה, תשולם לו מלוא הפנסיה המגיעה לו, כל עוד סכום פנסיית הנכות, יחד עם הכנסתו הכוללת הקודמת בזמן הנכות, אינו עולה על ממוצע הכנסתו הכוללת ב- 12 החודשים שקדמו ליום זכאותו לפנסיית נכות. תשלום בגין ימי מחלה ממעסיק שנצברו עד מועד האירוע המזכה לא ייחשב כהכנסה.
עלתה בחודש מסוים הכנסתו הכוללת הקודמת בתוספת פנסיית הנכות על הכנסתו הכוללת הקודמת, יופחת מסכום פנסיית הנכות סכום השווה למחצית ההפרש ביניהם.
4. **תשלום קצבה ממקור אחר**
קצבה המשתלמת לעמית לפי אחד מאלה:
1. פרק ה' (תאונות עבודה) לחוק הביטוח הלאומי, התשנ"ה - 1995;
2. חוק הנכים (תגמולים ושילוב) התשמ"א - 1959;
3. חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התשל"ל - 1970;
4. חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א - 1981;
5. חוק שירות בתי - הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א - 1981.
קבעה החברה המנהלת כי הנכות נגרמה מאירוע מזכה המקנה זכאות לתשלום קצבה ממקור אחר, תותנה מלוא זכאותו של עמית לקצבת נכות בכך שיתבע את התשלומים המגיעים לו לקצבה ממקור אחר ובהתאם להוראות החוק הרלוונטי.
לא פנה העמית הנכה בתביעה לתשלום קצבה ממקור אחר, או לא הגיש העמית ערעור על ההחלטה בעניין הזכאות לקבלת קצבה ממקור אחר, תוך 45 ימים ממועד הודעת החברה המנהלת, תחושב קצבת הנכות כמכפלת כל אלה:
השכר הקובע לקצבת נכות * 25% * שיעור הנכות שנקבע לעמית על ידי הגורם הרפואי.
ובלבד שסכום קצבת הנכות שתשלם הקרן לא יעלה על הקצבה שמגיעה לעמית לולא הוראות סעיף זה.
במקרה של הגשת תביעה לקבלת קצבה מ"מקור אחר" ואשר טרם נתקבלה החלטה בגינה, באפשרותך לקבל מקדמה בהתאם להוראות החוזר, לידיעתך - ככל שתהיה זכאי לקבל קצבה מ"מקור אחר" וסכום הקצבה ששולם לך מהקרן בתקופת תשלום המקדמה עולה על סכום הקצבה שהיה משולם לך מהקרן בשל אותה תקופה בהתחשב בקצבה מ"מקור אחר", הקרן תהיה רשאית לגבות את המקדמה ששולמה לך בתוספת הפרשי הצמדה למדד הקצבאות העתידיות ששולמו לך או מיתרתך הצבורה בקרן.
- התקנון הרלוונטי לטיפול וסילוק תביעת הנכות שהוגשה יהיה בהתאם לתקנון שהיה תקף במועד האירוע המזכה של אותה תביעה.**
התנאים המלאים מפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון הקרן לבין האמור בטופס זה, יחולו הוראות התקנון כפי שיהיה בתוקף מעת לעת.

מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור

1. הגדרות:

- 1.1. החברה -** אינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ;
- 1.2. הקרן / קרן הפנסיה -** אינפיניטי פנסיה מקיפה או אינפיניטי פנסיה כללית, לפי העניין;
- 1.3. התקנון -** תקנון הקרן בנוסחו מעת לעת;
- 1.4. -** אינפיניטי פנסיה מקיפה - קופת גמל לקצבה שהיא קרן חדשה מקיפה המנוהלת על ידי החברה על פי תקנונה;
- 1.5. -** אינפיניטי פנסיה כללית - קופת גמל לקצבה שהיא קרן חדשה כללית המנוהלת על ידי החברה על פי תקנונה;
- 1.6. תביעה -** דרישה מהחברה למימוש זכויות לפי תקנון הקרן או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור, לסיכוי נכות ומוות בלבד, שתוגש בכתב, באמצעות טופס תביעה, ככל שנדרש לפי סוג התביעה;
- 1.7. תובע -** מי שהציג דרישה לחברה למימוש זכויות לסיכוי נכות ומוות לפי התקנון, ולמעט גוף מוסדי.
- 1.8. אזרח ותיק -** מי שמלאו לו 67 שנים.

2. בירור תביעה

מבלי לגרוע מהוראות כל דין, החברה תפעל לבירור וליישוב תביעות בנאמנות כלפי עמיתה, בתום לב, ביסודיות ומקצועיות ובהתאם להוראות הממונה על רשות שוק ההון (להלן: "הממונה") כפי שיהיו בתוקף לענין זה, מעת לעת.

3. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- 3.1** משנמסרה תביעה לקרן, תפעל החברה לביצוע כל הדרוש לצורך בירור התביעה.
- 3.2** פנה אדם בקשר להגשת תביעה, תמסור לו החברה בהקדם האפשרי, את המפורט להלן, בהתאם לסוג התביעה:
- 3.2.1** העתק ממערכת כללים זו;
- 3.2.2** מסמך המפרט את הליך בירור וליישוב התביעה, לרבות הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע;
- 3.2.3** ופירוט המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור וליישוב תביעה;
- 3.2.4** טופס הגשת תביעה, ככל שישנו והנחיות לגבי מילוי;
- 3.2.5** הודעה על תקופת ההתיישנות.
- מבלי לפגוע באמור לעיל, החברה תאפשר למי שהוא אזרח ותיק ובהתאם לבקשתו להגיש את תביעתו לקרן בעל פה באופן שמילוי טופס הגשת התביעה יבוצע על ידי נציג החברה, בהתאם לפרטים שיימסרו בעל פה על ידי האזרח הוותיק.
- 3.3** המפורט בסעיף 3.2 יפורסם באתר האינטרנט של החברה.
- 3.4** בעת הגשת תביעה, תאפשר החברה לתובע לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה. תובע יוכל לבחור במסגרת טופס התביעה האם לקבל או לשלוח הודעות כאמור בדרך של דואר, דואר אלקטרוני (בכפוף להוראות ונהלי החברה לענין אבטחת מידע), למעט, במקרים בהם יידרש התובע למסור לחברה מסמכי מקור הדרושים לבירור התביעה.
- 3.5** החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה, הודעה בכתב ובה יצוין המסמך שנתקבל, מועד קבלתו, ויפורט בה המידע והמסמכים הנדרשים ואשר טרם הומצאו על ידי התובע. החברה רשאית לשלוח הודעה כאמור במסגרת הודעת המשך בירור כפי שיפורט בסעיף 7 להלן.
- 3.6** ככל שנדרשים לחברה מידע ומסמכים נוספים מהתובע לצורך בירור תביעה, תדרוש החברה מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לה הצורך בהם. דרישה לקבלת מסמכים נוספים מאת אזרח ותיק תבוצע בנוסף לפניה בכתב, באמצעות פנייה טלפונית מאת נציג מטעמה של החברה אל האזרח הוותיק שיעדכן אותו על כך, למעט במקרים בהם ביקש האזרח הוותיק לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך ההתקשרות עמו.
- 3.7** החברה לא תדרוש מהתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.
- 3.8** החברה תיישב תביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלבנטי ביותר שיהיה ברשותה.
- 3.9** החברה תפעל לבירור התביעה אף אם היה לתובע חוב במועד הגשת התביעה. אין באמור כדי לגרוע מזכותה של החברה לקזז חוב כאמור מכל סכום שתחוב לתובע, ככל שתחוב.

4. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תמסור לתובע, בתוך שלושים (30) ימים מהיום שהיו בידיה כל המידע והמסמכים שדרשה מהתובע לשם בירור התביעה או עם תשלום התביעה, את אחת מההודעות שלהלן, בהתאם לנסיבות העניין:

4.1 הודעת המשך בירור או הפסקת בירור, כמפורט בסעיף 7 להלן.

4.2 הודעת תשלום מלא או תשלום חלקי, כמפורט בסעיף 5 להלן.

4.3 הודעת דחיה כמפורט בסעיף 6 להלן.

5. הודעת תשלום מלא או תשלום חלקי

החליטה החברה על תשלום מלא - תמסור לתובע הודעת תשלום מלא או תשלום חלקי בכתב שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלבנטיים:

5.1 שם העמית;

5.2 עילת התשלום (בגין פנסיית זקנה / נכות / שאירים);

5.3 סכום המס שנוכה במקור ואופן חישובו;

5.4 המועד שבו היו בידי החברה כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה;

5.5 פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברה המנהלת מאת התובע;

5.6 פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה;

5.7 סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה;

5.8 הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה;

5.9 הסכום שהתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;

5.10 סכום התשלום בפיקוד וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיקוד;

לגבי **תשלום עיתי** (לרבות קצבה) יפורטו במועד התשלום הראשון (בנוסף למפורט לעיל), הפרטים שלהלן:

5.11 סכום התשלום הראשון;

5.12 מנגנון עדכון התשלומים;

5.13 המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום;

5.14 משך התקופה המרבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים, בכפוף להוראות התקנון או הדין;

5.15 משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של הזכאות;

5.16 הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;

5.17 מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים;

5.18 במקרה שבו החליטה החברה על **תשלום חלקי** - תוך דחיית חלק מהתביעה, לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר לתובע במועד התשלום הודעה הכוללת שני חלקים: חלק ראשון - בו יפורטו מרכיבי התשלום שאושר; חלק שני - בו יפורטו הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.

6. הודעת דחייה

החליטה החברה על דחיית תביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב ובה נימוקי הדחייה, לרבות פירוט של תנאי התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד ההצטרפות לאחרונה (מועד חידוש הכיסוי הביטוחי) או במועד שינוי הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחתה התביעה.

7. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

7.1 ככל שיידרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה, תמסור על כך לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגין נדרש לה זמן נוסף לבירור התביעה. הודעה על המשך בירור תביעה של אזרח ותיק תבוצע בנוסף להודעה בכתב, באמצעות פנייה טלפונית מאת נציג מטעמה של החברה אל האזרח הותיק שיעדכן אותו על כך, למעט במקרים בהם ביקש האזרח הותיק לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך ההתקשרות עמו.

7.2 החברה תציין בהודעת המשך בירור את שם העמית, סוג הכיסוי הביטוחי שמכוחו מיושבת התביעה. כמו כן תפרט החברה בהודעה כאמור, כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם בירור התביעה

7.3 הודעת המשך בירור תימסר לתובע לפחות כל תשעים (90) ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה לפי העניין. אם בהודעת המשך הבירור הקודמת ועל פי תנאי התקנות נקבע מועד עתידי לבדיקת זכאות (לראשונה / חוזרת / תקופתית), לא תשלח החברה הודעות המשך בירור נוספות עד למועד האמור, למעט הודעת המשך בירור לאחר שנה.

7.4 החברה לא תשלח הודעות המשך בירור נוספות אם פנה התובע לערכאות משפטיות או אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע ציינה החברה כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.

8. הודעה בדבר התיישנות תביעה

- 8.1** הודעת תשלום, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה - תכלול פסקה אשר בה תצוין תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן: "פסקת התיישנות").
- 8.2** כל הודעה הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקת התיישנות, את מועד קרות האירוע המזכה וכן, יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות האירוע המזכה.
- 8.3** ככל שלא נכללה פסקת התיישנות בהודעה שלפי סעיף 8.1 לעיל, שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את החברה כמסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת החברה בסעיף זה - תחול רק לגבי ההודעה הראשונה שבה לא נכללה פסקת התיישנות.

9. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

- הודעת תשלום (מלא או חלקי) או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:
- 9.1** להשיג על ההחלטה וכן את הדרך להגשת השגה על ההחלטה, לרבות זכותו להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו בכפוף להליכי הערעור הקבועים בתקנון.
- 9.2** להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור של החברה, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
- 9.3** להשיג על החלטת החברה בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה.

10. בדיקה מחודשת של זכאות

- 10.1** החברה רשאית מעת לעת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת פנסיה בהתאם לתקנון.
- 10.2** עם אישור התביעה, תודיע החברה לתובע על משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של הזכאות ועל המידע והמסמכים שעל התובע לספק לה לפחות שלושים (30) יום לפני תום תקופת הזכאות לצורך הבדיקה המחודשת, המהווים תנאי להמשך ביצוע תשלום הפנסיה בהתאם לתקנון.
- 10.3** כמו כן, תודיע החברה לתובע כי אם לא יימסרו לחברה, כל המידע והמסמכים הדרושים לה לצורך הבדיקה המחודשת של הזכאות תפסיק החברה את תשלום הפנסיה בתום תקופת הזכאות. עוד תציין החברה במסגרת הודעה זו כי לאחר קבלת המידע הנדרש יכול והחברה תזמן את התובע לבדיקה באמצעות הרופא מטעם הקרן ו/או מומחה מטעמה.
- 10.4** מסר התובע את המידע הנדרש עד 30 יום לפני תום תקופת הזכאות תיבחן החברה את זכאותו של התובע להמשך ביצוע תשלום הפנסיה או כל חלק הימנו גם לאחר תום תקופת הזכאות בהתאם למסמכים שנמסרו לה תוך 30 ימים מהמועד שנמסר לה המידע הנדרש (להלן: "המועד להשלמת הבדיקה").
- 10.5** תוך 14 ימים מהמועד להשלמת הבדיקה תודיע החברה לתובע אחת מההודעות הבאות:
- 10.5.1** הודעה על המשך תשלום הפנסיה גם לאחר תום תקופת הזכאות.
- 10.5.2** הודעה על הקטנה או הפסקת תשלום הפנסיה לאחר תום תקופת הזכאות ("הודעת שינוי"). הודעת השינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת החברה להקטין או להפסיק את תשלום הפנסיה, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה, בשינויים המחויבים.
- 10.5.3** הודעה על הצורך בביצוע בדיקה של התובע באמצעות רופא מטעם הקרן ו/או מומחה. בהודעה כאמור יפורט שם המומחה והמועד לביצועה ("בדיקת המומחה"). התובע לא יישא בעלות בדיקת רופא מטעם הקרן ו/או מומחה כאמור למעט, במקרה בו העמית יבקש להיבדק אצל רופא מטעמו. במסגרת הודעה כאמור תפרט החברה את תפקיד המומחה כאמור בסעיף 11.1 למערכת כללים זו להלן.
- 10.6** תוך 14 ימים ממועד ביצוע בדיקת רופא מטעם הקרן ו/או המומחה, תודיע החברה לתובע אחת מבין ההודעות המפורטות בסעיפים 10.5.1-10.5.3 לעיל.
- 10.7** היה והתובע לא ימסור את כל המידע שנדרש ממנו כאמור בסעיף 10.4 לעיל במועדים שהתבקשו או לא יתייצב לבדיקת רופא מטעם הקרן ו/או המומחה כאמור 10.5.3 יופסק ביצוע תשלום הפנסיה בתום תקופת הזכאות.
- 10.8** היה וישלים התובע את המידע הנדרש ממנו ו/או יבצע בדיקה באמצעות רופא מטעם הקרן ו/או מומחה במועד מאוחר יותר, תמסור לו החברה הודעה לפי סעיף 10.5.1-10.5.3, לפי העניין, בסמוך לאחר השלמת המידע ו/או ביצוע בדיקת הרופא מטעם הקרן ו/או המומחה כאמור.
- 10.9** למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של החברה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
- 10.10** למען הסר ספק, מובהר בזאת כי אין באמור בפסקה זו לעיל כדי לגרוע מזכותה של החברה לבצע בירורים שונים כמו בדיקות, חקירות וכד' במהלך תקופת הזכאות ולהקטין או להפסיק את תשלום הפנסיה בהתאם להוראות התקנון או הדין עוד טרם תום תקופת הזכאות. הוקטן או הופסק תשלום כאמור בסעיף זה לעיל תמסור החברה לתובע הודעת שינוי בהתאם לכללים הקבועים בתקנון. אם לא נקבעו כללים כאמור, תימסר לתובע הודעת שינוי לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר מ- 60 יום לפני המועד האמור.
- 10.11** הכללים לבדיקה מחודשת יימסרו לתובע עם הודעת התשלום כאמור בסעיף 5 לעיל ויפורסמו באתר האינטרנט של החברה.
- 10.12** בבדיקה מחודשת של זכאות לפי סעיף 10.1 לעיל, התובע לא יישא בעלויות בדיקה רפואית של רופא מטעם הקרן, אולם ככל שהתובע יבקש לערער על החלטת הרופא מטעם הקרן יחול מנגנון ערעור על החלטת רופא הקרן / וועדה רפואית הקבועים בתקנון הקרן.

11. בירור תביעה בעזרת מומחה

11.1 ככל שהחברה נעזרה במומחה לבדיקת תביעתו של התובע, בין אם בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תודיע על כך לתובע מראש, תסביר לתובע את תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה ותודיע לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה. הודעה כאמור במסגרת טיפול בתביעה של אזרח ותיק תבוצע בנוסף להודעה בכתב, באמצעות פנייה טלפונית מאת נציג מטעמה של החברה אל האזרח הותיק שיעדכן אותו על כך, למעט במקרים בהם ביקש האזרח הותיק לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך ההתקשרות עמו.

11.2 הודעה לפי סעיף 11.1 יכול שתימסר במסגרת המסמך האמור בסעיף 3.2.2. לעיל.

11.3 חוות דעת של מומחה שעליה מסתמכת החברה לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.

11.4 חוות דעת של מומחה, לא תתייחס במישרין לזכות העמית לקבלת תשלומי פנסיה או לדחייתם.

11.5 נסמכה החברה על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תמסור החברה את חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית לפי סעיף 4 או לפי סעיף 10 לעיל. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע לחברה או למומחה מטעמו לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו.

11.6 הייתה חוות הדעת של המומחה חסויה על פי דין, תמסור החברה לתובע הודעה בכתב שבה תסביר מדוע היא סבורה כי חוות הדעת חסויה.

11.7 היוועצות פנימית שלא עולה כדי חוות דעת, תתועד בתיק התביעה.

11.8 לעניין סעיף זה, "מומחה" - בין אם הוא עובד של החברה ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון מומחה רפואי, אך כאמור, למעט יועץ משפטי ולמעט רופא מטעם הקרן ו/או ועדה רפואית ו/או ועדה רפואית לערעורים בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

12. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

החברה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בחברה, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים (30) ימים ממועד קבלת הפניה ולענין פניית אזרח ותיק - לא יאוחר מ- 21 ימים ממועד קבלת הפניה.

13. מתן העתקים

13.1 החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן התקנון, בתוך ארבעה עשר (14) ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

13.2 החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר מסר התובע לחברה, או מכל מסמך אשר התקבל אצל החברה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד (21) ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

14. שונות

למען הסר ספק, מובהר בזאת כי:

14.1 ההוראות שבמערכת כללים זו מוסיפות על הוראות כל דין, לרבות ההוראות הקבועות בחוזרים אחרים, ואין בהן כדי לגרוע מהוראות כל דין כאמור.

14.2 הוראות סעיף 4 לעיל יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט בהתאם לנסיבות העניין, בשינויים המחויבים.

14.3 הוראות סעיפים 3, 5, 7, 8, 9 לעיל לא יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט.

14.4 תביעה תתברר לפי מערכת הכללים אשר תהיה תקפה במועד שבו הוגשה התביעה.

14.5 סיכום המועדים בהתאם למערכת הכללים :

המועד	הפעולה
14 ימי עסקים	דרישת מידע ומסמכים נוספים
30 ימים	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו
כל 90 ימים	מסירת הודעת המשך בירור תביעה
30-60 ימים	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם
14 ימי עסקים	העברת העתק מפסק דין או הסכם
30 ימים	מענה בכתב לפניית ציבור
21 ימים	מענה בכתב לפניית ציבור של אזרח ותיק
14 ימי עסקים	מסירת העתק מתקנון
21 ימי עסקים	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע

המסמכים הנדרשים:

- ☐ טופס בקשה לתשלום קצבת נכות לקבלת קצבת נכות מלא על כל סעיפיו.
- ☐ אישורים רפואיים המעידים על אובדן כושר עבודה מיום האירוע המזכה ועד היום כולל בדיקות, סיכומי רופאים, אשפוזים במוסדות רפואיים וכל מסמך רלוונטי לעניין תביעתך.
- ☐ לקרן הפנסיה קיימת הזכות לדרוש במהלך טיפול בתביעה ואף בתום טיפול התביעה כל מסמך רפואי ו/או תוצאות בדיקה ו/או דרישה לבדיקה ככל שידרש.
- ☐ אישורי מחלה המעידים על תקופת מחלה של למעלה מ - 90 ימים רצופים החל ממועד אירוע מזכה.
- ☐ כתב ויתור על סודיות רפואית המצורף לסט התביעה מלא וחתום, כולל עד לחתימה.
- ☐ טופס אישור מעסיק על תקופת העסקה המצורף לסט התביעה מלא וחתום ע"י המעסיק.
- ☐ טופס כיסוי ביטוחי עבור נכה חלקי.
- ☐ צילום קריא של תעודת זהות לרבות ספח פתוח. בתעודת זהות ביומטרית נדרש להעביר צילום משני צידי התעודה.
- ☐ צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון על שם העמית הכולל מספר ת.ז של התובע.
- ☐ טופס 0101 / 130 - כרטיס עובד המצורף לסט התביעה מלא וחתום.
- ☐ במידה וקיימת הכנסה נוספת שאינה קצבת שאירים / נכות / זקנה מביטוח לאומי יידרש אישור תאום מס. ככל שטופס זה לא יועבר לקרן הפנסיה עד למועד התשלום, ינוכה מס מרבי מקצבתך במידה ותאושר.
- ☐ ככל שקיבלת שכר אחרי מועד האירוע בגינו הגשת את תביעתך, הנך מתבקש להעביר תלושי שכר עבור 12 חודשים לפני מועד האירוע ועד ליום הגשת התביעה או לחילופין הודעה ממעסיק על אי קבלת תלושי שכר.
- ☐ לתשומת ליבך, דמי אבטלה מהמוסד לביטוח הלאומי נחשבים להכנסה משכר.
- ☐ במידה והנך עצמאי, נדרש להעביר אישור רואה חשבון המפרט את הכנסותיך בשנת המס הקודמת למועד האירוע בגינו הגשת את תביעתך ופירוט הכנסותיך לאחר מועד זה ככל שהמשכית להשתכר.
- ☐ ככל שתבעת תשלום דמי אבטלה מטעם המוסד לביטוח לאומי בתקופת נכותך, הנך מתבקש להעביר אישורי תשלום דמי אבטלה ותקופת התשלום בפירוט חודשי.
- ☐ ככל שהנך מיוצג ע"י עו"ד, יש להעביר טופס ייפוי כוח של הקרן כולל צילום תעודת זהות של עו"ד / רישיון עו"ד. ככל שלא יתקבל ייפוי כוח תקין, טיפול בתביעה יתנהל מול העמית בלבד.
- ☐ במקרה ותביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס שמונה לעמית, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס כולל צילום תעודת זהות של האפוטרופוס.

זכאות לקבלת קצבה ממקור אחר

- סעיף זה מתייחס למקרים בהם קיימת זכאות לקבלת קצבה המשתלמת לעמית לפי אחד מאלה:
1. קצבה המשולמת על ידי המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה ומחלת מקצוע בהתאם לפרק ה' לחוק הביטוח הלאומי, התשנ"ה - 1995;
 2. קצבה המשולמת על ידי משרד הביטחון לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט - 1959;
 3. קצבה המשולמת על ידי המוסד לביטוח הלאומי לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל - 1970;
 4. קצבה המשולמת על ידי משטרת ישראל לפי חוק המשטרה (נכים ונספים), התשמ"א - 1981;
 5. קצבה המשולמת על ידי שירות בתי הסוהר לפי חוק שירות בתי הסוהר (נכים ונספים), התשמ"א - 1981.

ככל שנכותך נגרמה בהתאם לאחד הסעיפים שלעיל, הנך נדרש להמציא את המסמכים כמפורט:

- ☐ אישור על תשלום דמי פגיעה, אישור על שיעור ותקופת הנכות והכספים ששולמו בגינה, לרבות גובה ההכנסה לפיה חושבה הקצבה.
- ☐ מסמכי ועדה רפואית מהמוסד לביטוח לאומי / משרד הביטחון / משטרת ישראל / שירות בתי הסוהר.
- ☐ במידה ותביעתך נדחתה, יש להעביר אישור דחיה ומסמכי ערעור ככל שהגשת ערעור למוסדות אלו.

הקרן רשאית לדרוש מהעמית פרטים ומסמכים נוספים בהתאם לצורך.
כל עיכוב במסירת מידע או במסמכים הדרושים עלול לגרום לעיכוב בבירור תביעתך.

בקשה לתשלום קצבת נכות מקרן הפנסיה

יש לשלוח את הטופס מלא וחתום באמצעות המייל לכתובת - Hakamot.Pensya@infinity.co.il / בפקס - 09-9542020

1. פרטי המבקש/ת (חובה למלא את כל השדות)

שם משפחה		שם פרטי		מספר ת.ז.	
טלפון נייד	טלפון	מצב משפחתי	מין	תאריך לידה	
		רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור	ז / נ		
מיקוד	ישוב	מס' דירה	מס' בית	רחוב	

2. באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים הבאים:

☐ בדואר ישראל

☐ כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים

3. מועד אובדן כושר עבודה

שנה	חודש	יום

בחובתך לידע את הקרן על שינוי במצבך הרפואי וכן על הכנסה כשכיר או כעצמאי במקביל לקבלת פנסיית נכות מהקרן.

4. נסיבות התביעה

☐ מחלה

☐ שמירת הריון (תאריך לידה משוער _____)

☐ תאונת עבודה

☐ תאונת דרכים

☐ מצב סיעודי

☐ אחר

ככל שסומן שמירת הריון - נא למלא נספח "הצהרה בגין תביעת שמירת הריון".

5. זכאות לקצבה מ"מקור אחר" -

באם הנך זכאי לתבוע קבלת קצבה מאחד הגורמים המפורטים להלן, יש לסמן:

☐ תאונות עבודה - ביטוח לאומי

☐ מחלת מקצוע - ביטוח לאומי

☐ נכה צה"ל - משרד הביטחון

☐ פעולת איבה (מלחמה / טרור) - ביטוח לאומי

☐ משטרת ישראל

☐ שירות בתי סוהר

ככל שסומן אחד הגורמים, נדרש לצרף את מסמך ההחלטה ופירוט התשלומים ששולמו לך או אישור הגשת תביעה / ערעור.
במידה וטרם התקבלה החלטה בענייך ו/או ככל שלא תוגש תביעה ל"מקור אחר" - תשולם לך קצבה מופחתת בגובה של 25% מההכנסה הקובעת שהיא מוכפלת בשיעור הנכות.

לתשומת לבך, ככל שתקום לך בעתיד זכאות לקבלת קצבה לפי אחד או יותר מהגורמים המפורטים לעיל, חלה עליך חובה להודיע על כך לקרן הפנסיה מיד לאחר הכרתך וקצבת נכות לה תהיה זכאי תחושב בהתאם לחוזר פנסיה (1-3-2015 להלן: החוזר).
במקרה של הגשת תביעה לקבלת קצבה מ"מקור אחר" ואשר טרם נתקבלה החלטה בגינה, באפשרותך לקבל מקדמה בהתאם להוראות החוזר.

לידיעתך - ככל שתהיה זכאי לקבל קצבה מ"מקור אחר" וסכום הקצבה ששולם לך מהקרן בתקופת תשלום המקדמה עולה על סכום הקצבה שהיה משולם לך מהקרן בשל אותה תקופה בהתחשב בקצבה מ"מקור אחר", הקרן תהיה רשאית לגבות את המקדמה ששולמה לך בתוספת הפרשי הצמדה למדד הקצבאות העתידיות ששולמו לך או מיתרתך הצבורה בקרן.

6. נכה המשתכר מעבודה

האם לאחר מועד תחילת אי כושר הנך משתכר מעבודה / מעסק ומשלוח יד / מדמי אבטלה / מ"מקור אחר" (מפורט בסעיף 4 לעיל).

☐ לא ☐ כן

במידה ותשובתך חיובית, נא פרט את כל מקורות ההכנסה הנוספים

כמו כן, יש לצרף:

שכר - 12 תלושי שכר שקדמו למועד האירוע וכן תלושי שכר ממועד האירוע וככל שהמשכנת לקבל שכר.
עצמאי - אישור רואה חשבון המפרט את הכנסותיך הכנסותיך בשנת המס הקודמת למועד בגינו הגשת את בקשתך ופירוט הכנסותיך לאחר מועד זה ככל שהמשכנת להשתכר.

7. פרטי חשבון בנק -

אבקש להעביר את תשלומי פנסיות נכות לחשבון המנוהל על שמי שפרטיו מצוינים מטה:

שם הבנק	מספר בנק	מספר סניף	מספר חשבון	שם חשבון

8. זכאות לקצבה מקרן פנסיה חדשה נוספת

האם במועד קרות האירוע הנטען הנך מבוטח בקרן פנסיה חדשה נוספת ☐ לא ☐ כן במידה וכן נא ציין:

שם קרן הפנסיה

פרטי מעסיק המפקיד לתכניתך בקרן הנ"ל

נספח לטופס בקשת תשלום קצבת נכות

פרטי אירוע

1. תיאור נסיבות אירוע הנכות: _____
2. תאריך גילוי המחלה או תאריך קרות האירוע _____
3. במקרה של מחלה, מתי הופיעו לראשונה הסימנים למחלה? _____
4. מקום עבודתך _____, עיסוקך טרם אירוע נכות: _____
5. תאר בקצרה את עבודתך היומיומית: _____
6. היקף המשרה טרם אירוע _____
7. שכר החודשי הממוצע ב - 12 החודשים האחרונים לפני קרות האירוע _____ ₪.
8. מעמד העמית: ☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ שכיר ועצמאי
9. מועד הפסקת עבודה _____ ☐ לא הייתה הפסקת עבודה
10. במידה וחזרת לעבודה, ציין:
 - תאריך חזרתך לעבודה _____
 - היקף משרה באחוזים לאחר חזרתך לעבודה _____
 - שם המעסיק לאחר חזרתך לעבודה _____
11. ככל ולא הפסקת עבודתך, ציין:
 - מועד ירידה בהיקף המשרה _____
 - היקף משרה חדש % _____
12. פרטים על השכלתך, הכשרתך המקצועית ומקומות עבודה קודמים: _____
מהי השכלתך? _____
מהי הכשרתך המקצועית? פרט קורסים והשתלמויות שעברת _____
מה היו עיסוקיך בעבר? פרט עיסוקים ותקופות עבודה _____
13. שם קופת חולים בה הנך חבר _____ שם הרופא המטפל _____
שמות קופת חולים בהן היית חבר בעבר: _____
14. פרט מיהם הרופאים והמוסדות הרפואיים מהם קיבלת טיפול בקשר לתביעת נכות זו _____
15. האם הנך מסוגל לעבוד בעבודה כלשהי? אם כן, פרט _____
16. אילו עבודות היית מסוגל לבצע בעבר וכעת אינך יכול לבצע? _____
17. האם נותחת או הנך לפני הניתוח? אם כן פרט מועד הניתוח ושם בית חולים: _____
18. האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או מחלה ממושכת? אם כן, אנא פרט: _____
19. האם אירוע שבגיני הנך מגיש תביעה הינו עקב מעשה או מחדל של צד ג' אם כן, פרט: _____
20. האם הגשת ו/או בכוונתך להגיש תביעת נכות לגוף אחר כגון: קרן פנסיה, חברת ביטוח, ביטוח לאומי, וכו'. אם כן, פרט: _____
21. האם הגשת תביעה בגין תשלום דמי אבטלה מטעם המוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן
(ככל שתשובתך "כן" נא לצרף אישורי תשלום דמי אבטלה בפירוט חודשי).
22. סכום פיצוי או תשלום חודשי ממבטחים / גורמים אחרים _____, שם גוף משלם _____

שם פרטי ומשפחה של מבקש הקצבה	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה
			X

1. הריני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הנם נכונים, מדויקים ומלאים וידוע לי כי קצבתי תקבע בהתאם לפרטים והמסמכים שמסרתי, והנני אחראי לאמתותם ומתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה.
2. ידוע לי כי הנהלת החברה המנהלת תהא רשאית לבטל או לשלול את זכויותיי בקרן, כולם או מקצתם, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותיי בקרן.
3. ידוע לי כי הקרן רשאית לדרוש מעת לעת מסמכים ו/או אישורים ו/או מידע נוסף ו/או עריכת בדיקות כתנאי לתשלום קצבת הנכות או לצורך אחר בהתאם לשיקוליה.
4. הנני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות הפרטים שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
5. ידוע לי כי אם יתברר בעתיד כי בטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אזי תהא הקרן רשאית לבצע התאמות נדרשות ולקזז התשלום מתשלום הקצבה ו/או מכל סכום לו הנני זכאי או זכאים לו שאיריי / מוטביי / יורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע מכדי התשלום ששולם לי בטעות, על פי כל דין.
6. ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום קצבת נכות המגיע לי, לשאייריי / מוטביי / יורשיי, כל חוב הרשום על שמי ו/או של רשומים לעיל, לרבות יתרת הלוואות שניתנו על ידי הקרן.
7. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה ו/או אחר המגיע לי ו/או לשאייריי / מוטביי / יורשיי את מלוא המיסים ו/או ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת.
8. ככל והנך זכאי לקבלת קצבת נכות במהלך 24 חודשים שקדמו למועד הפרישה שלך ו/או לגיל תום כיסוי הביטוח, לא תהיה רשאי לבחור בתקופת תשלומים מובטחים בעת פרישתך לזקנה.
9. ידוע לי כי עליי להודיע לקרן הפנסיה במידה ואחזור למעגל העבודה באופן מלא או חלקי.

שם פרטי ומשפחה של מבקש הקצבה	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה
			x 

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ _____ נושא ת.ז. מס' _____ נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן, ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, ו/או לצבא להגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או למקומות עבודתי בעבר, בהווה ובעתיד ו/או כל אדם ו/או כל גוף אחר אשר ברשותו מידע על מצבי הבריאותי, ו/או הסוציאלי, ו/או מצבי בתחום הסיעודי, ו/או מצבי הנפשי, ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד (להלן: "המידע"), למסור לאינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ (להלן: "המבקש"), ולמי מטעמה, את כל המידע המצוי בידיהם ובאופן שיידרש על ידי המבקש.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות והגורמים הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם, ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם, לרבות בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירת הסודיות בכל הנוגע למידע אודותיי שברשותם ובכל הנוגע למידע בדבר תשלומים ששולמו ו/או משולמים לי על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון.

הנני מוותר בזאת על סודיות כלפי המבקש, ולא תהיה לי אל כל המוסדות הרשומים מעלה לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור למבקש. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם ושם משפחה	מספר ת.ז.	מען	שם קופת החולים
סניף	רופא מטפל	תאריך	חתימה
			X 

עד לחתימה*

שם עד לחתימה	מספר ת.ז. עד	מספר רישיון
חותמת + חתימת העד (חובה)		תאריך

* עד לחתימה יכול להיות אחד מאלה המפורטים: עו"ד, רופא, עובד בנק, עובד סוציאלי או סוכן ביטוח (עבור חתימת סוכן ביטוח יש לצרף רישיון סוכן ביטוח)

** תאריך חתימת העד חייב להיות זהה לתאריך חתימת העמית, יש לחתום על הטופס בפני עד לחתימה.

*** יש להקפיד על כך שהחותמת תכלול את מספר הרישיון הברור של מאמת החתימה

אישור המעסיק על תקופת העסקה

שם המעסיק	ח.פ.	מס' טלפון
מס' פקס	דואר אלקטרוני	

שם העובד	מספר ת.ז.	תפקיד	אחוז משרה (לפני קרות אירוע נכות)

נא לפרט כמות שעות עבודה חודשיות / שבועיות / יומיות טרם מועד אירוע בגינו העובד תובע: _____
 תקופת העסקה מתאריך: _____, עד תאריך (במידה והסתיימו יחסי עובד - מעביד): _____
 סיבה להפסקת עבודה / ירידה באחוז משרה: _____

תאריך סיום עבודה או תאריך ירידה במשרה (עקב מחלה או תאונה, גם אם שולמו לאחר מועד זה דמי מחלה ע"י מעסיק): _____
 תשלום ע"ח ימי מחלה: ☐ לא ☐ כן בין תאריכים: _____ עד _____.

ממשיך לעבוד: ציין אחוז משרה לאחר קרות אירוע נכות, (נא לפרט מספר שעות עבודה חודשיות / שבועיות / יומיות למשרה חלקית): _____

אחוז הפרשה לפנסיה: _____
 ניכוי עובד: _____
 הפרשות מעסיק: _____
 פיצויים: _____

במידה ושולם שכר עבודה לאחר מועד אירוע נכות - נא לפרט בגין אילו רכיבי שכר (מחלה, חופשה, הבראה וכו'): _____

הערות _____

תאריך: _____ שם ממלא הטופס ותפקידו: _____

חתימה / חותמת המעסיק: _____

כיסוי ביטוחי עבור נכה חלקי

לידיעתך, במידה ותוכר כנכה חלקי, הינך רשאי להורות לחברה המנהלת לגבות דמי ביטוח ממרכיב התגמולים ביתרה הצבורה לצורך שמירה על היקף הכיסוי הביטוחי לנכות ושאיירים שהיה לך בטרם הפכת לנכה, לגבי חלק השכר הקובע אשר ביחס אליו לא נקבעה הנכות (להלן - הפרש השכר קובע).

הפרש השכר הקובע יחושב כמכפלת הבאים:

1. השכר הקובע במועד האירוע המזכה
2. ההפרש שבין 100% לבין שיעור הנכות שקבע הגורם הרפואי לעמית מבוטח, כפי שיתעדכן מעת לעת.

רכישת כיסוי ביטוחי על ידי נכה חלקי כאמור לעיל, לא תגדיל את היקף הכיסוי הביטוחי מעל להיקף הכיסוי הביטוחי אשר היה טרם האירוע המזכה, הן לגבי שיעור הכיסוי הביטוחי, הן לגבי השכר קובע בצירוף הפרשי הצמדה למדד והן לגבי רכישת כיסויים ביטוחיים נוספים בהתאם לקבוע בתקנון.

למען הסר ספק, לנכה חלקי שלא רכש כיסוי ביטוחי כאמור לעיל, לא יהיה כיסוי ביטוחי לנכות ושאיירים ביחס להפרש השכר הקובע, בשל החמרת הנכות הקיימת או בשל נכות או מוות שתיגרם מאירוע שאינו קשור לנכותו הקיימת. כמו כן, הקרן לא תזקוף לזכות העמית הנכה דמי גמולים בשל הפרש השכר הקובע.

ידוע לי כי הסדר הביטוח הינו לתקופה של עד 24 חודשים, או התקופה הרצופה האחרונה בה הייתי עמית פעיל, לפי הקצרה מבניהם.

אנא בחר אחת מהאפשרויות:

- ☐ אבקש לרכוש כיסוי ביטוחי עבור חלק השכר הקובע אשר ביחס אליו לא נקבעה הנכות.
- ☐ אינני מעוניין לרכוש כיסוי ביטוחי עבור חלק השכר הקובע אשר ביחס אליו לא נקבעה הנכות.

שם פרטי ומשפחה	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה
			x 

הצהרה בגין תביעת שמירת הריון

אני _____, ת.ז. _____ (להלן: "העמיתה"), מצהירה בזאת כדלקמן;
בהמשך לתביעת הנכות אשר הוגשה על ידי לחברת אינפיוניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ (להלן: "החברה") בגין שמירת הריון, הובא לידיעתי כי בהתאם לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), תשנ"ה - 1995 (להלן: "החוק"): מבוטחת הזכאית לתשלום על פי כל חיקוק, הסכם קיבוצי כהגדרתו בסעיף 180 או הסדר קיבוצי אחר, תקנון של קופת גמל, חוזה עבודה או תקנון של קרן ביטוח או פנסיה, בעד התקופה שבה היא נמצאת בשמירת הריון, לא תשולם לה גמלה לפי החוק בעד אותה תקופה.

כמו כן, הובא לידיעתי כי ככל שתאושר התביעה אשר הוגשה על ידי, תדווח החברה אודות אישור התביעה למוסד לביטוח לאומי ויתכן והאחרון ידרוש ממני לבצע החזר גמלה אשר שולמה מטעמו ולא יהיו לי טענות ו/או דרישות ו/או תביעה כנגד כך.

להלן באתי על החתום;

שם מלא	ת.ז.	תאריך	חתימה
			x 

דברי הסבר למילוי טופס 101 "כרטיס עובד"

מקבל/ת קצבה יקר/ה,

על פי הנחיות רשות המיסים, נדרש כל מקבל קצבה למלא טופס 101 בראשית כל שנת מס (שנת מס לעניין מס הכנסה מתחילה ב- 1 בינואר כל שנה).

כל מקבל קצבה לרבות קטינים מחויב למלא טופס זה.

על סמך הנתונים אותם ממלא העובד בטופס 101, נקבעות נקודות הזיכוי המגיעות לו וכן שיעור המס השולי.

על פי תקנות מס הכנסה, בהיעדר מילוי הטופס, המעביד מחויב לנכות את המס המירבי.

להלן הדגשים למילוי הטופס:

1. יש לציין את שנת המס בחלקו העליון של הטופס.

2. סעיף א': פרטי מעביד - אין למלא סעיף זה.

3. סעיף ב': פרטי עובד - פרטיו האישיים של מבקש הקצבה.

4. סעיף ג': פרטי ילדים עד גיל 19 - יש למלא רק במידה ויש ילדים מתחת לגיל 19.

5. סעיף ד': פרטים על הכנסות ממעביד זה - יש לסמן "קצבה".

6. סעיף ה': פרטים על הכנסות נוספות -

- במידה והקצבה מאינפיוניטי הינה הכנסה היחידה יש לציין זאת.

- במידה ויש הכנסות נוספות יש לציין זאת ולפרט את סוג ההכנסה.

שים לב כי קצבאות זקנה שאירים או נכות המשלמות

ע"י ביטוח לאומי אינן נחשבות כהכנסה נוספת ואותן אין

צורך לציין בסעיף זה.

אם ציינת כי יש לך הכנסה נוספת יש לפנות לפקיד שומה

על מנת לבצע תיאום מס, אחרת ינוכה מקצבתך מס מירבי.

7. סעיף ו': פרטים על בן/בת זוג - פרטים אישיים של בן/בת זוג

במידה ויש.

8. סעיף י': דף 2 (מאחור) הצהרת מקבל קצבה - חובה לחתום

ולציין תאריך.

7. 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/י:

☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי או (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 לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות

סמון/י $\sqrt{\quad}$ בריבוע המתאים

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 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 המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

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 שהיה 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		☐ נשוי/אה ☐ רווק/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) ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

סמן/י $\sqrt{\quad}$ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

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

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 תחילה העבודה⁽¹⁾
בשנת המס

:	:	:	:	:	:
---	---	---	---	---	---

[illegible]

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/:

☐ 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 המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾

☐ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד 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
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

ה. 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 1312 א.
4	☐ אני עולה חדש/ה 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 תכנוניים 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 ע"פ 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 ובגנים 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 בגנים, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹²⁾ . ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____. ☐ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____.
8	☐ בגין ילדיי 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 _____. ☐ 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 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 border="1"> <thead> <tr> <th>ש</th> <th>כ ת ו ב ת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)</th> <th>הכנסה חודשית</th> <th>המס שנוכה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td>(לפי התלושים)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ש	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה			9			(לפי התלושים)			9						9			
ש	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה																				
		9			(לפי התלושים)																				
		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 שהשטמה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד 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. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
- (2) "עובד" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (3) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (4) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת א/א בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) 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.
- (8) קצבה - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (10) 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.
- (11) 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.
- (12) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (13) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושהורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (14) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.