עמית נכבד,

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

דואר: למשרדי החברה אינפיניטי 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
אינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ

605.1.29.6

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

הליך ברור וישוב תביעת קצבת שאירים

אגרת זו מפרטת את הליך בירור ויישוב התביעה בהתאם לקבוע בהוראות חוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 ובהתאם למערכת הכללים שנקבעה על ידי החברה והמפורסמת 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 רצופים. קביעת הנכות תהיה בהתאם להחלטת הגורם הרפואי הרלוונטי ובכפוף להוראות תקנון.

"שאיריו של העמית" הינם:

- אלמן/ה
- ידוע/ה בציבור, שהוכר/ה ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת או בהתאם להחלטת חברה המנהלת
- יתומים עד גיל 21
- בן עם מוגבלות
- בן נבחר עם מוגבלות
- הורה נתמך

* הכל בכפוף להגדרות בתקנון הקרן.

"עמית מבוטח" - עמית שיש לו כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות ו/או כיסוי ביטוחי לסיכוני מוות במועד האירוע.
"עמית לא מבוטח" - עמית שאין לו כיסוי ביטוחי במועד האירוע.

תנאי הזכאות לקצבת שאירים של עמית מבוטח:

1. הסתיימה תקופת אכשרה*, ככל הנדרש טרם מועד הפטירה;
2. פטירת העמית המבוטח לא נגרמה כתוצאה מאירוע או מחלה אשר הוחרגה בהליך החיתום הרפואי של העמית.
3. במועד הפטירה העמית המבוטח וטרם הגיע לגיל תום תקופת הביטוח;
4. העמית המבוטח לא ויתר על כיסוי ביטוחי לשאירים או כיסוי ביטוחי לבת זוג, לפי העניין.

התביעה לקבלת קצבת שאירים הוגשה לחברה המנהלת בתוך שבע שנים ממועד 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.
- 12 חודשי ביטוח רצופים החל מחודש ההצטרפות או חידוש הביטוח, לפי המאוחר, ועד למועד האירוע המזכה. תקופת האכשרה בשל אירוע מזכה הנובע מניסיון התאבדות.

תקופת הזכאות:

מועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת שאירי עמית יהא ה - 1 לחודש העוקב לחודש פטירת העמית.

תום הזכאות לקצבת שאירי עמית יהיה במועדים הבאים, לפי העניין:
לגבי אלמן - היום האחרון בחודש פטירתו, אף אם נישא מחדש.
לגבי יתום - עד להגעתו לגיל 21 .
בן עם מוגבלות - בתום החודש בו חדל להיות שאיר בהתאם להגדרה הקבועה בתקנון הקרן.
לגבי בן נבחר עם מוגבלות - היום האחרון בחודש פטירתו.

תקופת תשלומים מובטחים לאלמן/ה:

אלמן של עמית הזכאי לקצבה, יהא זכאי לתשלומים מובטחים לתקופה של עד 240 חודשים, ובלבד שגילו של האלמן בתום תקופת התשלומים המובטחים לא יעלה על 87.
נפטר אלמן לפני תום תקופת התשלומים המובטחים, תשלם החברה המנהלת את הערך המהוון של יתרת חודשי הקצבה בתשלום חד פעמי לידי המוטבים של האלמן, ובאין מוטבים – לידי היורשים של האלמן.

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

אופן חישוב קצבת השאירים הכוללת של עמית מבוטח:
שכר הקובע של העמית המבוטח X שיעור הכיסוי הביטוחי (נקבע בהתאם למסלול הביטוח של העמית המנוח).

אופן חישוב קצבת שאירים של עמית לא מבוטח (עמית ללא כיסוי ביטוחי לסיכוני מוות):

קצבת אלמן הינה = חלק יחסי של האלמן ביתרה הצבורה / מקדם המרה*

קצבת יתום הינה = חלק יחסי של היתומים ביתרה הצבורה / מקדם המרה*

*מקדם המרה נקבע לפי נתונים אישיים של כל שאיר כגון גיל, מין וכדומה.

בכפוף להוראות תקנון הקרן התביעה תתיישן לאחר 7 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 השאירים במשרדי החברה המנהלת

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

החברה המנהלת תודיע לשאיר בתוך 10 ימי עסקים ממועד קבלת התביעה אם התביעה אושרה או נדחתה, והאם צפוי רופא הקרן לדון בעניין תביעתו.

1. אם אושרה התביעה לקבלת קצבת שאירים, תועבר הודעת אישור
2. אם נדחתה התביעה, תועבר הודעת דחיה לרבות פירוט הסיבות לדחייה

ערעור על החלטת רופא הקרן
השאיר זכאי לערער על החלטת רופא הקרן, יהא רשאי להגיש ערעור בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת החברה המנהלת

ערער על החלטת ועדה רפואית:
חלק השאיר על החלטת וועדה רפואית, יהא רשאי לערער בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת החברה המנהלתעל החלטת הועדה הרפואית

התקנון הרלוונטי לטיפול ויישוב התביעה, 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.

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

להלן מסמכים הנדרשים:

- ☐ טופס בקשה לתשלום קצבת שאירים מלא על כל סעיפיו וחתום.
- ☐ תעודת פטירה של העמית.
- ☐ צו ירושה או צוואה בצירוף צו קיום צוואה.
- ☐ צילום קריא של תעודת זהות עבור כל אחד מהשאירים לרבות ספח פתוח, בתעודת זהות ביומטרית נדרש להעביר צילום של שני צדי התעודה (עבור כל שאיר מעל גיל 18).
- ☐ ידוע/ה בציבור של המנוח: מי שערכאה שיפוטית מוסמכת הכירה בו כידוע/ה בציבור או מי שהחברה המנהלת הכירה בו כידוע/ה.
- ☐ בציבור של עמית בכפוף לכך שהמוסד לביטוח לאומי הכיר בו כידוע/ה בציבור של עמית, לפי כך יש להמציא הכרה ע"י ערכאה.
- ☐ שיפוטית מוסמכת / ביטוח לאומי כידוע/ה ולמלא טופס "הצהרת ידועים בציבור".
- ☐ צילום קריא של תעודת זהות של המנוח לרבות ספח פתוח, בתעודת זהות ביומטרית נדרש להעביר צילום של שני צדי התעודה (במידה וקיים).
- ☐ אישורים המעידים על סיבת המוות: סיכום אישפוז / דוח משטרה / דוח מד"א / מסמכים רפואיים נוספים / הודעת פטירה.
- ☐ כתב ויתור על סודיות רפואית המצורף לסט התביעה מלא וחתום.
- ☐ צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון עבור כל שאיר מעל גיל 18 .
- ☐ טופס 0101/130 - כרטיס עובד המצורף לסט התביעה מלא וחתום עבור כל שאיר, במידה והשאירים קטינים ימולא על ידי האפוטרופוס.
- ☐ במידה וקיימת הכנסה נוספת מקצבת שאירים ממקור שאינו ביטוח לאומי יידרש אישור תאום מס, אחרת נאלץ לנכות מס מרבי מקצבתך במידה ותאושר.
- ☐ 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 מגיש התביעה בלבד.
- ☐ במקרה ותביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס שמונה לשאיר, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס כולל צילום תעודת זהות של האפוטרופוס.

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

605.1.29.6

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 | pensya@infinity.co.il | www.infinity.co.il

טופס בקשה לתשלום קצבת שאירי עמית מבוטח

פרטי המנוח

מספר ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה

תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
	ז / נ	רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור

אופן קבלת דיווחים מהחברה:

☐ דואר ישראל

☐ כתובת דוא"ל _____

תאריך פטירה: _____

סיבת המוות

☐ מחלה ☐ תאונת דרכים ☐ התאבדות ☐ תאונה ☐ אחר _____

פרטי שאירים

אלמן/ה / ידוע/ה בציבור

☐ אלמן/ה - מי שהיה נשוי/אה לעמית/ה וגר/ה עמו/ה טרם פטירתו/ה.

☐ ידוע/ה בציבור - מי שהוכר כידוע בציבור לפי החלטת ערכאה שיפוטית מוסמכת או לפי החלטת החברה המנהלת בכפוף לכך שהמוסד לביטוח לאומי הכיר בו כידוע בציבור, ובלבד שהתגורר וניהל עמו משק בית משותף במשך שנה לפחות ברציפות לפני פטירתו ועד פטירתו, או שנולד להם ילד משותף (נדרש להמציא הכרה ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת / ביטוח לאומי כידוע/ה בציבור ואסמכתאות נוספות ככל שיידרשו).

ככל שמעמדך הינו ידוע בציבור, נדרש למלא הצהרת "ידוע בציבור" ולצרף מסמכים כנדרש.

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי

תאריך לידה	מין	כתובת	טלפון
	ז / נ		

פרטי יתומים

יתום - ילד של עמית שנפטר, שטרם מלאו לו 21 שנים
(כולל ילד המאומץ כחוק / בן החורג של עמית, ובלבד שכל פרנסתו הייתה על העמית ערב פטירתו)

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	כתובת	טלפון
				ז / נ		

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	כתובת	טלפון
				ז / נ		

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	כתובת	טלפון
				ז / נ		

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	כתובת	טלפון
				ז / נ		

605.1.29.6

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

בן עם מוגבלות

ילדו של עמית מבוטח, שהמוסד לביטוח לאומי הכיר לראשונה בזכאותו לקצבת נכות כללית בהתאם לפרק ט' בחוק הביטוח הלאומי (להלן - קצבת נכות כללית) לאחר מועד הצטרפותו של העמית לקרן אך בטרם הגיעו של הבן לגיל 21, ובלבד שאינו מסוגל לכלכל את עצמו וזאת כפי שמוגדר בתקנון הקרן.
נדרש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על המצב הבריאותי , אישורים מהמוסד לביטוח לאומי ואישור הכנסות של הבן עם המוגבלות.

מספר ת.ז.	שם משפחה		שם פרטי
תאריך לידה	מין	כתובת	טלפון
	ז / נ		

בן נבחר עם מוגבלות (רלוונטי לקרן מקיפה בלבד)

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

מספר ת.ז.	שם משפחה		שם פרטי
תאריך לידה	מין	כתובת	טלפון
	ז / נ		

הורה

הורה ביולוגי או מאמץ כחוק, של עמית מבוטח שנפטר או הורה ביולוגי או מאמץ כחוק, של בן זוג של עמית מבוטח שנפטר אשר היה סמוך על שולחנו של העמית המבוטח במועד פטירתו ואינו מסוגל לכלכל את עצמו ואין להורה הכנסה ממקור אחר, פרט לגמלת הבטחת הכנסה או קצבת נכות כללית בהתאם לפרק ט' בחוק הביטוח הלאומי.
נדרש לצרף אישורים בהתאם.

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	כתובת	טלפון
				ז / נ		

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	כתובת	טלפון
				ז / נ		

פרטי חשבון בנק שאירים (אלמנה / אפוטרופוס, הורים, יתומים מעל גיל 18)

מספר ת.ז.	שם פרטי ושם משפחה של השאיר	שם הבנק	מספר סניף	מספר חשבון

תשלום הקצבה ליתומים קטינים ישולם באמצעות אלמן/ה. אם אלמן/ה אינו ההורה של היתומים, תשלום הקצבה ישולם באמצעות אפוטרופוס שמונה כדין.

היוון קצבת אלמן/ה (אופציונלי)

אלמן של עמית הזכאי לקצבה בהתאם לתקנון רשאי להוון שיעור של עד 25% מקצבת השאירים לה הוא זכאי לתקופה של עד חמש שנים, ובלבד שסכום הקצבה שישולם לו לאחר ההיוון לא יהיה נמוך מסכום הקצבה המזערי (כהגדרתו בסעיף 23 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה- 2005 , כפי שהיה במועד תשלום הקצבה הראשונה).

שם האלמן/ה: _____ מספר ת.ז.: _____

ברצוני להוון % _____ (עד 25%) מהקצבה לתקופה של _____ שנים (עד 5 שנים).

לתשומת לבך, לאחר מועד תשלום קצבת השאירים הראשונה לא תוכל לחזור מבקשתך להיוון.

ניהול תיקי השקעות וחיסכון ◆ ניהול קרנות השתלמות, גמל ופנסיה ◆ ניהול הון וביטוח משפחתי

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 | pensya@infinity.co.il | www.infinity.co.il

היוון קצבת אלמן/ה (אופציונלי)

יתומים שגילם מעל 18 שנים במועד פטירת העמית וטרם מלאו להם 21 שנים ואף אחד מהם אינו בן עם מוגבלות ו/או בן נבחר עם מוגבלות **והעמית לא הותיר אחריו אלמן/ה**, יהיו היתומים כאמור, זכאים לוותר על זכאותם לקצבת שאירים ולקבל את סכום הקצבה המהוונת בהתאם לפרטי היתום הרלוונטי.

ברצוני לוותר על זכותי לקבל קצבת שאירים ולקבל את סכום הקצבה המהוונת כסכום חד פעמי.

שם השאיר (מעל גיל 18): _____, ת.ז. _____

שם השאיר (מעל גיל 18): _____, ת.ז. _____

שם השאיר (מעל גיל 18): _____, ת.ז. _____

לתשומת לבך, לא תוכל לחזור מבקשת היוון הקצבה לאחר קבלת סכום ההיוון.

מוטבים לתקופת תשלומים מובטחים לאלמן/ה

אפשרות זו קיימת רק במידה ותאריך הפטירה חל החל מיום 01/06/2018 .
אלמן/ה של העמית, הזכאי/ת לקצבה, יהא זכאי/ת לתשלומים מובטחים לתקופה של 240 חודשים, ובלבד שגילו/ה בתום התקופה לא יעלה על 87.

אפשרות זו קיימת במידה ותאריך הפטירה חל עד ליום 31/05/2018 .
אלמן/ה יוכל לבחור בפנסיה כולל תקופת הבטחת תשלומים שאורכה 60 או 120 או 180 או 240 חודשים ובלבד שגיל האלמן/ה בתום תקופת התשלומים לא יעלה על 87.

☐ ללא תקופת הבטחה ☐ 60 תשלומים מובטחים ☐ 20 תשלומים מובטחים ☐ 80 תשלומים מובטחים ☐ 40 תשלומים מובטחים

במקרה של פטירת האלמן/ה לפני תום תקופת התשלומים המובטחים, ישולם הערך המהוון של יתרת חודשי הקצבה בתשלום חד פעמי למוטבים, ובהיעדר מוטבים ליורשים.
ככל שמדובר בקצבה כולל תשלומים מובטחים, עליך למנות מוטבים ואחוז חלוקה ביניהם.

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קרבה לאלמן/ה	חלק יחסי ב-% מתוך 100%
				ז / נ		
				ז / נ		
				ז / נ		
				ז / נ		

זכאות לקצבה מקרן פנסיה חדשה נוספת

האם במועד הפטירה, המנוח היה מבוטח בקרן פנסיה חדשה נוספת? ☐ לא ☐ כן.

במידה וכן נא ציין : שם קרן הפנסיה _____

פרטי המעסיק אשר הפקיד לקרן הפנסיה הנוספת _____

לידיעתך, בקשתך תטופל בהתאם לזכאותך לפי התקנון הרלוונטי.
התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון הקרן לבין האמור בטופס זה, יחולו הוראות התקנון כפי שיהיה בתוקף מעת לעת.

ניהול תיקי השקעות וחיסכון ◆ ניהול קרנות השתלמות, גמל ופנסיה ◆ ניהול הון וביטוח משפחתי

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 | pensya@infinity.co.il | www.infinity.co.il

הצהרה והתחייבות

1. הריני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים, מדויקים ומלאים והנני אחראי לאמיתתם ומתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה.
2. מלבד השאירים שפרטיהם מולאו בטופס זה, המנוח לא השאיר אחריו שאירים זכאים נוספים על פי תקנון הקרן.
3. 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.
4. ידוע לי כי לאחר תחילת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי כפי שמסרתי בטופס זה.
5. הנני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות הפרטים שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
6. 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 / מוטבי / יורשיי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, על פי כל דין.
7. ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשאיריי / מוטבי / יורשיי, כל חוב הרשום על שמי ו/או של הרשומים לעיל.
8. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה ו/או אחר המגיע לי ו/או לשאיריי / מוטבי / יורשיי את מלוא המיסים ו/או ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ו/או המוטלים על המבוטח ו/או שאיריו ו/או מוטביו ו/או יורשיו בגין תשלום של הקרן אליהם.
9. ידוע לי, כי במידה וקצבת שאירים לה זכאיים כלל השאירים נמוכה מקצבת מינימום (פנסיה שאינה עולה על 5% מהשכר הממוצע במשק) החברה המנהלת רשאית לגבות דמי ניהול בשיעור של עד 6% מההפרש שבין סכום קצבת המינימום לבין הקצבה לה זכאים השאירים.

על מקבל קצבה השוהה מחוץ לישראל למשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, ליידע את החברה המנהלת על כך.
כמו כן, יהיה על מקבל הקצבה להמציא לידי החברה המנהלת אישור חיים, לאחר קבלת דרישה מהחברה המנהלת, וכן למסור פרטים ליצירת קשר עמו בתקופת שהותו מחוץ לישראל.

שם פרטי ומשפחה של שאיר (מעל גיל 18)	חתימה
שם פרטי ומשפחה של שאיר (מעל גיל 18)	חתימה
שם פרטי ומשפחה של שאיר (מעל גיל 18)	חתימה
שם פרטי ומשפחה של שאיר (מעל גיל 18)	חתימה

תאריך

ידוע לי כי לא חלה עליי כל חובה חוקית למסור מידע אודותיי, אולם ככל שלא אמסור את הפרטים הנדרשים לצורך טיפול בבקשה לתביעת קצבת שאירים, לא ניתן יהיה להשלים את הטיפול בבקשה. ידוע לי כי המידע אודותיי ייאסף ויעובד על ידי אינפיניטי השתלמות גמל ופנסיה בע"מ, בעלת השליטה במידע, לצורך זיהוי המבקש, בחינת זכאותו, טיפול בבקשה, וכן לצורך עמידה בדרישות הדין. המידע עשוי להימסר לצדדים שלישיים הרלוונטיים לטיפול בבקשה, בהתאם להוראות הדין. ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 בחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו, בהתאם להוראות הדין. ידוע לי כי בעלת השליטה במידע הינה אינפיניטי השתלמות גמל ופנסיה בע"מ וניתן ליצור עמה קשר בכתובת דוא"ל: dpo@infinity.co.il.

תאריך _____ חתימה _____

605.1.29.6

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

הצהרת ידועים בציבור

1. פרטי המבקש הכרה כידוע בציבור

שם משפחה	שם פרטי		מס' תעודת זהות		מצב משפחתי בת.ז.*
					נשוי / רווק / גרוש / אלמן
יישוב	רחוב	מס' דירה	מס' בית	מיקוד	דואר אלקטרוני

*ככל שקיים תאריך תחילת שינוי הסטאטוס בת.ז., יש לציינו:

בהתאם לתקנון הקרן, ככל ולא הוכרת כידוע בציבור על ידי ערכאה שיפוטית מוסמכת, אך הוכרת כידוע בציבור על ידי הביטוח הלאומי, ההחלטה בדבר ההכרה כידוע בציבור הינה של החברה המנהלת.
לכן בהתאם,
אם נולד/ו לכם ילד/ים משותפ/ים אנא מלא את סעיף 2 בלבד.
אם לא נולד/ו לכם ילד/ים משותפ/ים אנא מלא את סעיפים 3 ו - 4 בלבד.

נדרש לצרף אישור מביטוח לאומי על הכרה כ"ידוע בציבור".

2. ילדים משותפים (יש לפרט את מספר ת.ז. של הילדים המשותפים, שם מלא ותאריך לידה)

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה
שם פרטי	שם משפחה		תאריך לידה
שם פרטי	שם משפחה		תאריך לידה
שם פרטי	שם משפחה		תאריך לידה
שם פרטי	שם משפחה		תאריך לידה

3. בקשת הכרה כידוע בציבור

יש לענות על השאלות הבאות:

1. ממתי התחלתם לחיות ביחד? _____, ממתי הייתם מוכרים בכני זוג? _____
2. כתובת המגורים המשותפת:

יישוב: _____ רחוב: _____ מס' דירה: _____ מס' בית: _____ מיקוד: _____

3. האם מתנהלת או עומדת להתנהל תביעה כלשהי הקשורה במישרין או בעקיפין למעמדכם כידועים בציבור?

אם כן - פרט: מספר תיק: _____ , ובאיזה בית משפט: _____

יש לצרף אסמכתאות מתאימות (העתקים של כתבי בית דין, פרוטוקולים והחלטות שניתנו).

אם לא - פרט מדוע לא? _____

ניהול תיקי השקעות וחיסכון ◆ ניהול קרנות השתלמות, גמל ופנסיה ◆ ניהול הון וביטוח משפחתי

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

4. יש לצרף את המסמכים הבאים	האם צורף
אסמכתא לעניין מגורים משותפים וניהול משק בית משותף	☐ כן ☐ לא
צילום עדכון כתובת בתעודת זהות הכולל ספח פתוח	☐ כן ☐ לא
האם יש ברשותכם נכסים משותפים? ככל שכן יש לצרף נסח טאבו	☐ כן ☐ לא
אם שכרתם דירה יחדיו - יש לצרף חוזה שכירות אחרון וכן חוזי שכירות קודמים עליהם הנכם חתומים	☐ כן ☐ לא
אסמכתאות לחשבון בנק משותף, ככל שקיים. ככל שלא - הסבר מדוע לא קיים?	☐ כן ☐ לא
הסכם ממון או צוואה	☐ כן ☐ לא
חשבונות מים, חשמל, גז, טלפון וחשבונות נוספים הנוגעים לניהול משק הבית בכתובת המגורים המשותפת	☐ כן ☐ לא
אישורים או קבלות על רכוש או ציוד משותף	☐ כן ☐ לא
הצהרות עדים אשר מכירים את בני הזוג ויכולים להעיד על מערכת היחסים הזוגית הכוללת ניהול משק בית משותף	☐ כן ☐ לא

לאחר שליחת מלוא המסמכים והאסמכתאות הדרושות, יש להמתין להחלטת החברה המנהלת
כמו כן, יש לצרף נספחי ת.ז. של שני ההורים עם פירוט הילדים המשותפים

ניהול תיקי השקעות וחיסכון ◆ ניהול קרנות השתלמות, גמל ופנסיה ◆ ניהול הון וביטוח משפחתי

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

לכבוד

אינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ

א.ג.נ,

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, שאיר של המנוח/ה (שם המנוח/ה) _____ נושא ת.ז. (של המנוח/ה) מס' _____ שנפטר ביום _____ 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 עבודתו/ה של המנוח/ה בעבר ו/או כל אדם ו/או כל גוף אחר אשר ברשותו מידע על מצבו/ה הבריאותי של המנוח/ה, ו/או הסוציאלי, ו/או הנפשי, ו/או הפסיכיאטרי, ו/או מצבו/ה של המנוח/ה בתחום הסיעודי, ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחלה/תה בה המנוח/ה בעבר (להלן למען הנוחיות: "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 אודות המנוח/ה שברשותם ובכל הנוגע למידע בדבר תשלומים ששולמו למנוח/ה 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 מטעמם 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 במנוח/ה, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

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

שם ושם משפחה	מס' תעודת זהות	מען	שם קופת החולים של המנוח/ה
סניף	**רופא מטפל של המנוח/ה**	**תאריך****	**חתימה**
			X

עד לחתימה* חובה לחתום על כתב זה בפני עד

שם עד לחתימה	מספר ת.ז. עד	מספר רישיון
חותמת + חתימת העד		תאריך**
	X	

* 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

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

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 מאינפיניטי הינה הכנסה היחידה יש לציין זאת.
   - במידה ויש הכנסות נוספות יש לציין זאת ולפרט את סוג ההכנסה. שים לב כי קצבאות זקנה שאי רים או נכות המשולמות ע"י ביטוח לאומי אינן נחשבות כהכנסה נוספת ואותן אין צורך לציין בסעיף זה.
   <u>אם ציינת כי יש לך הכנסה נוספת יש לפנות לפקיד שומה על מנת לבצע תיאום מס, אחרת ינוכה מקצבתך מס מירבי.</u>
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.**


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/י:
☐ 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 לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות

605.1.29.6

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

0101/130 דף 1 מתוך 2

כרטיס עובד[1]

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד[1]

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

שנת המס ____

סמן/י √ בריבוע המתאים

שופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד לצורך הקלות במס ולעריכת תיאומי מס ברישוב משכורת[1] העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להתהיר 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 ספת. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. לפי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון האישור / רשיון עהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין והגירה)

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

מספר דרכון (לפי שאין מספר ת.ז.)	כתובת פרטית			
	רחוב/שכונה	מספר	עיר/יישוב	מיקוד

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

כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	/	/

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עכ"י ספת תעודת זהות)

סמן/י √ ליד שם הילד: בשור 1 אם הילד ממצא בחזקתך
בשור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד 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 תחילה העבודה[1] בשנת המס

ה. פרטים על הכנסות אחרות

- ☐ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה ומלגה[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). אני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת[7]
- ☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן אינו 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 (יי ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

מספר דרכון (לפי 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
		/ /	
		/ /	
		/ /	

ר"ר, אנו בכל מכמלאות ה"ר שלמות המידע (מאוחק ל - 1.2.2001)

605.1.29.6

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/האומן/מקיד השמיעה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בסריק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לבעת מלוית" הנובע ימנה לסקיד השומה לעריכת תיאום מס.
3	☐ אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מוכה [13] מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, משתקדרים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף, מצורף אישור של הרשות ע"פ סעיף 1312א
4	☐ אני עולה חדש/ה מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הטכחית עד תאריך _____ . מי שמקבל מאומן (42 חודש) אשר רשומה מעל שירות חובה במדים, ליוודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - יפנה לסקיד השומה. **חשוב לצרף:** תעודת עולה.
5	☐ בנין 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(8) לפקודה.**
6	☐ אני הורה במשפחה חד הורית[11] החי בנפרד. יפולא רק ע"י הורה מאסר החי בנפרד המבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, המצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם למעיף 7 למטן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
7	☐ בנין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. יפולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשת משאוה או ע"י הורה יחיד[12]. ☐ מספר ילדים שיפולאו בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שיפולאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שיפולאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שיפולאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .
8	☐ בנין ילדיי המעוטים. יפולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סיים בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה ואן הורה יחיד[12]. ☐ מספר ילדים שפולאו בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שיפולאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .
9	☐ אני הורה יחיד[12] לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	☐ בנין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. יפולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר הסביא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
11	☐ אני הורה ל _____ילדים עם מוגבלות שכתם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור מגלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה מכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלא לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
12	☐ בנין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. יפולא ע"י מי שניתנו בשנת. מצורף פסק דין.
13	☐ מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים ומרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
14	☐ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ ותאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
15	☐ בנין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום ליסודי מקצוע, מאושרת השחרר במעמ 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י √ בריבוע המתאים)

1	☐ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הטכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור מהמוסד הגבולות בגין שחרור בחו"ל, אישור מחלה וכו'. במידה והוכחה יש לצרף לסקיד השומה. 2. המי ליזה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.
2	☐ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת[1] כמפורט להלן:

ה מ ע ב י ד / מ ש ל ם ה מ ש ת כ ו ר ת [1]			סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה
ש ם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים		(לפי תלושים)	
		9			
		9			
		9			

3	☐ נקיד 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 היוה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים הלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ _____
תאריך חתימת המבקש/ת

דברי הסבר לטיולוי טופס 101

(1) "מעביד" יחיד המקבל משכורת. "משכורת" הרים המשלם משכורת. "משכורת" המשרה עבודה, קיבוצו, משק שפ שרישה או שחיה, מילוה וכו'ב.
"עבודה" לרבות קבלת משכורת. "משלם" לרבות מוכן, סרם או שטר המשלם שחרין לסמכות או לחקר.

(2) **מעביד חודש** – המעביד בעל עבודה של לא פחות מ - 10 יום בחודש.

(3) **משכורת מעד מעלה משפחה** – משכורת בעד עבודה של יחיד מ - 5 שעות ביום, נמוך למשכורת לעד בעתך לקצבת חריגות בעם מסוים אחד. המעביד רשאי לבחור את מקום השכורת מי מחשב משכורת כ"משכורת בעד מעלה משפחה".

(4) **משכורת חלקית** – משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה בפחך יפחד פ - 5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות ביום.
משכורת חלקית יכולה שתה גם בשיעור מיסוי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז יכולה גם לפי לחו הניכוי.

(5) **שכר עבודה** – משכורת בעד עבודה של פחות מ - 10 יום בחודש אך לא פחות מ - 8 שעות בממוצע, משכר עבודה יוכה גם לפי לחו אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז יוכה גם לפי לחו הניכויים.

(6) **קצבה** – אין לרלות על קצבה משכרת מביטוח לאומי הקצבת שארים שמולם בעמדת.

(7) **אם המעבד לא מילא משבצת ז** – המעביד מסרם מלכתחילה גם לפי לחו הניכויים רשי לנכות גם מיסוי לפי הפקודה מכל השלמוני המעביד.

(8) **אם המעבד מילא משבצת ז** – המעביד מסרם מלכתחילה גם לפי לחו הניכויים רשי לנכות גם מיסוי לפי הפקודה מכל השלמוני המעביד.

(9) **אם המעבד לא מילא משבצת ז** – על המעביד לצרף למשכורת את מכתבי ההערות לקרן השתלמות ולכנות גם לפי לחו הניכויים או לפעול לפי אישור ת ראשי גם מקום השומה.

(10) **אם המעבד לא מילא גם משבצת ז** – על המעביד לצרף למשכורת את מכתבי ההערות לקרן השתלמות ולכנות גם לפי לחו הניכויים או לפעול לפי אישור תיאום גם פס"ב.

(11) **הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה:** רווק, גרוש, אלמן, פרוד [פס"ר אישור ע"י בלבד].

(12) **הורה יחיד** – הורה במשפחה חד הורית שהוא לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים והתנהגה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.

(13) **ישוב מוכה** – ישוב שהוא עלא סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק ומע"מ לעני החוק.