



## בקשת תשלום קצבת זקנה

"כלל פנסיה" - קרן מקיפה

"כלל פנסיה משלימה" - קרן כללית משלימה

\* מדיניות ההשקעות הצפויה במסלול ההשקעה למקבלי קצבה בקרן הפנסיה, וטופס הנחיות לעמית פורש לזקנה (טופס 501), מפורסמים באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il)

\* בהתאם להוראות הדין, באפשרותך להעביר את הכספים הצבורים לזכותך בקרן לכל קרן פנסיה אחרת, בטרם הגשת הבקשה לקבלת קצבת הזקנה. \* נבקש להביא לידיעתך, כי במידה שתבחר לשהות מחוץ לישראל במשך תקופה העולה על שישה חודשים, עליך ליידע את כלל פנסיה וגמל בדבר יציאתך מחוץ לישראל וכן להמציא מסמך "אישור חיים" לצורך המשך קבלת קצבה חודשית. נבקשך לציין את פרטיך האישיים לצורך יצירת קשר עמך בתקופת שהותך בחו"ל.

נא למלא את כל השדות בטופס. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

| א. פרטים אישיים  |  |           |            |
|--|--|-----------|------------|
| שם משפחה   | שם פרטי  | מספר זהות | תאריך לידה |
| מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה   | מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן | מס' טלפון | מס' נייד   |
| רחוב   | מס' או ת.ד.  | יישוב     | מיקוד      |
| כתובת דואר אלקטרוני @  |  |           |            |
| אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות: <input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל   |  |           |            |
| לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרת לי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכת כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454. |  |           |            |
| אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי איני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות. <input type="checkbox"/> איני מאשר.  |  |           |            |
| תאריך _____ חתימה _____  |  |           |            |

### ב. שיעור קצבת זקנה מסך היתרה הצבורה (רלוונטי רק לקרן המקיפה)

(שים לב, במידה ולא תעדכן שיעור קצבה מבוקש תשלום לך קצבה על מלוא היתרה הצבורה נכון למועד הפרישה)

הנני מעוניין לקבל קצבה בשיעור של \_\_\_\_\_% מסך היתרה הצבורה.

החברה המנהלת תאשר את בקשתך לקבלת קצבת זקנה עד 10 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים בחברתנו כשהם מלאים ותקינים.

### ג. מועד פרישה בקרן המקיפה (זכאות לקבלת קצבת זקנה)

\* ניתן להגיש את הבקשה עם הגיעך לגיל זכאות לקבלת קצבת זקנה.

**מועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת זקנה יהיה המאוחר מבין אלה:**

- ה-1 לחודש שציינת בבקשה לקבלת קצבת זקנה (ובלבד שמועד זה חל לאחר אישור הבקשה על ידי החברה המנהלת).
- ה-1 לחודש העוקב למועד אישור הזכאות לקבלת קצבת זקנה.

| שנה  | חודש  | יום |
|------|-------|-----|
| 20__ | _____ | 01  |

לידיעתך, ככל שלא יצוין בבקשה מועד פרישה מבוקש, מועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת זקנה יהיה ב-1 לחודש העוקב, למועד אישור הזכאות לקבלת קצבת זקנה ע"י החברה המנהלת.

### ג. בקשה לתשלום קצבת זקנה לתקופה נוספת מהקרן המקיפה

הריני מבקש שתשלום לי קצבת זקנה מוגדלת באופן חד פעמי לחודשים שקדמו למועד הגשת בקשתי זו:

אנא סמן את מספר חודשי הקצבה בגינם תרצה לקבל קצבה מוגדלת:

1 חודש  2 חודשים  3 חודשים

**לתשומת ליבך,** ניתן לבקש תקופה נוספת לתשלום קצבה מהקרן בתנאי שגילך בחודש הראשון עבור תשלום הקצבה, גבוה מגיל הזכאות המינימאלי לקבלת קצבת זקנה (גיל 60).

לידיעתך, בחירה בקבלת תשלום קצבת זקנה מוגדלת באופן חד פעמי כאמור, משמעותה הקטנת סכום קצבת הזקנה החודשית שתקבל, והכל בהתאם להוראות תקנון הקרן.

### ג. מועד פרישה בקרן משלימה (זכאות לקבלת קצבת זקנה)

\* ניתן להגיש בקשה עם הגיעך לגיל הזכאות לקצבת זקנה.

**בקרן המשלימה** ניתן להגיש את הבקשה במועד מאוחר יותר ממועד הגיעך לגיל הזכאות, ובלבד שהתקופה לא תעלה על 3 חודשים ושלא שולמו לקרן דמי גמולים בגינה, בגין אותה תקופה.

| שנה  | חודש  | יום |
|------|-------|-----|
| 20__ | _____ | 01  |

\* תקף לקרן פנסיה מקיפה ומשלימה

**3. קבלת הפקדות נוספות לאחר מועד הזכאות לקצבת זקנה (בקרן פנסיה מקיפה ומשלימה):**

**לתשומת לבך!**

במידה ולאחר מועד הזכאות לקבלת קצבת זקנה (כמוגדר בתקנון קרן הפנסיה), תתקבלנה בגינך הפקדות עבור התקופה שקדמה למועד הזכאות כאמור ("ההפקדות הנוספות"), ישויכו ויתווספו ההפקדות האמורות לקצבת הזקנה המשולמת לך. במידה וההפקדות הנוספות תתקבלנה בגין התקופה שלאחר מועד הזכאות לקבלת קצבת זקנה, ינוהלו ההפקדות האמורות כיתרה צבורה לעמית, ולא יתווספו לקצבת הזקנה המשולמת לך. באפשרותך לשנות את האמור לעיל באמצעות פנייה בכתב לחברה המנהלת.

שאינם הם בן זוג (נשוי/ידוע בציבור)  
וילדים עד גיל 21 בהתאם להגדרות תקנון.

**ד. בחירת תוכנית קצבת זקנה**

נא סמן את בחירתך ומלא את כל הפרטים הרלוונטיים (לצורך בחירת התוכנית המתאימה לך ביותר מומלץ להתייעץ עם בעל רישיון).

קצבת זקנה בהיעדר שאירים (אופציה זו ניתנת לבחירה לעמיתים ללא בן/בת זוג בלבד).

**ככל שסומן סעיף זה יש למלא את ההצהרה שלהלן:**

אני החתום/ה מטה: שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מצהיר בזאת כדלקמן:

1. הנני מאשר/ת בזאת את בחירתי במסלול קצבה מוגדלת/מבוטחת, תוך ויתור על קצבת שאירים.

2. אינני נשוי/נשואה, אין לי ידוע/ה בציבור.

3. ידוע לי כי בחירתי במסלול קצבת הזקנה כאמור בסעיף ד', אינה מקנה לשארי קצבת שאירים.

בן זוג נשוי.

בן זוג ידוע בציבור (מי שהוכר כידוע בציבור לפי החלטת ערכאה שיפוטית מוסמכת או לפי החלטת החברה המנהלת בכפוף לכך שהמוסד לביטוח לאומי הכיר בו כידוע בציבור).

| שיעור קצבה לבן/בת זוג<br>(יכול להיות בין 100% - 30%) | שם מלא בן/בת זוג | ת.ז. | תאריך לידה |
|--|------------------|------|------------|
| _____%   |                  |      |            |

**ה. פרטי ילדים עד גיל 21 (בהתאם להוראות תקנון הקרן)**

| מס. | שם פרטי ומשפחה | מס' תעודת זהות | תאריך לידה | מין   | שיעור קצבת שאירים<br>בין 100% - 0% |
|-----|----------------|----------------|------------|---|------------------------------------|
| 1   |                |                |            | <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |                                    |
| 2   |                |                |            | <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |                                    |
| 3   |                |                |            | <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |                                    |
| 4   |                |                |            | <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |                                    |

לשימת ליבך, סך אחוזי הקצבת לכלל השאירים (בן/בת זוג ו/או ילדים) לא יעלה על 100%.

**ו. קצבת זקנה הכוללת תקופת תשלומים מובטחים**

תנאים לקבלת קצבת זקנה הכוללת תקופת תשלומים מובטחים (תנאים מצטברים):

- גיל העמית בתום תקופת התשלומים המובטחים לא יעלה על 87.
- העמית לא היה זכאי לקבלת קצבת נכות במהלך 24 החודשים שקדמו למועד הגשת הבקשה לקצבת זקנה.

|                                    |                                     |                                     |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 60 חודשים | <input type="checkbox"/> 120 חודשים | <input type="checkbox"/> 180 חודשים | <input type="checkbox"/> 240 חודשים |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

**פרטי מוטבים - לתשלום בהיעדר שאירים**

| מס. | שם פרטי ומשפחה | מספר תעודת זהות | שיעור חלוקה (%) |
|-----|----------------|-----------------|-----------------|
| 1   |                |                 |                 |
| 2   |                |                 |                 |
| 3   |                |                 |                 |



**ז. היוון קצבה – קבלת סכום חד פעמי על חשבון תשלומי זקנה עתידיים**

**היוון של חלק הקצבה העולה על סכום הקצבה המזערי** – לעמיתים שסכום קצבת הזקנה גבוה מסכום הקצבה המזערי.

ברצוני להוון סכום של \_\_\_\_\_ ש"ח מחלק הקצבה העולה על סכום הקצבה המזערי.

**היוון של עד 25%** מקצבת הזקנה לתקופה של עד **5 שנים\*** – לעמיתים שסכום קצבת הזקנה לה הם זכאים **נמוך** מסכום הקצבה המזערי או שווה לו.

ברצוני להוון \_\_\_\_\_% מקצבת הזקנה לתקופה של \_\_\_\_\_ שנים (שנים מלאות).

**שים לב, לא ניתן לחזור מבקשה להיוון קצבה כולה או חלקה לאחר תשלום קצבת הזקנה הראשונה.**

**על מנת לבצע היוון קצבה יש להמציא אישור פקיד שומה.**

\*בקרן המשלימה ניתן לבצע היוון של עד 25% מקצבת הזקנה לתקופה של עד 5 שנים ובלבד שבסוף תקופת ההיוון לא יעלה גיל העמית על 85.

**ח. בחירת מסלול השקעה (רלוונטי לפורשים בקרן הפנסיה "כלל פנסיה משלימה" בלבד)**

באפשרותך לבחור כי הכספים בגין ההתחייבות העומדת כנגד זכאותך לקצבת זיקנה יושקעו במסלול ההשקעה הבא:

**אני מבקש כי הכספים יושקעו במסלול השקעה: "מסלול למקבלי קצבה – אג"ח עד 20% מניות"**

במידה ולא תבחר, יושקעו הכספים במסלול ברירת המחדל – מסלול ההשקעה שנקרא: "מסלול למקבלי קצבה".

לתשומת ליבך, לא יתאפשר מעבר בין מסלולי השקעה לאחר תחילת תשלום קיצבת הזיקנה

**ט. פרטי חשבון בנק לתשלום הקצבה (יש לצרף אישור מהבנק)**

יש למלא את פרטי חשבון הבנק של הפנסיונר בלבד.

|               |          |            |                          |
|---------------|----------|------------|--------------------------|
| שם בעל החשבון |          |            | תעודת זהות של בעל החשבון |
| שם הבנק       | שם הסניף | מספר הסניף | מספר חשבון               |

ככל שהינך מבקש להעביר את תשלומי הקצבה לחשבון הבנק של הקיבוץ בו הינך חבר, יש למלא את פרטי הבנק של הקיבוץ.

**י. הצהרת העמית**

חשבון הבנק שלי הוא על שמי ושותפים בו:

| שם | ת.ז. | קרבה |
|----|------|------|
| 1  |      |      |
| 2  |      |      |

הריני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי הינם נכונים. הנני מתחייב/ת להודיע לכם על כל שינוי שיחול באחד או יותר מהפרטים שמסרתי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת העמית/ה

**יא. אישור מעסיק נוכחי (ככל שקיים)**

הריני לאשר בזאת כי עקב הגעתו של העמית לגיל פרישה ובקשתו לקבלת קצבת זקנה, אנו משחררים לזכותו את כל הכספים המופקדים באמצעותנו לקרן רבבות כספי הפיצויים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המעסיק \_\_\_\_\_ חותמת וחתימה

במידה ולא תצורף חותמת מעסיק, יש לצרף אישור מעסיק על שחרור כספי הפיצויים.

לתשומת לבך, לא נדרש אישור מעסיק על שחרור כספי פיצויים ככל שחלפו 4 חודשים ממועד סיום העבודה אצל המעסיק.

**יב. לטיפול בבקשה לקבלת קצבת זקנה יש לצרף את המסמכים הבאים:**

1. טופס תביעה לקבלת קצבת זקנה כשהוא מלא.
2. צילום ת.ז. כולל ספח המכיל סטטוס משפחתי עדכני של העמית.
3. צילום ת.ז. כולל ספח המכיל סטטוס משפחתי עדכני של בן/בת זוג.
4. אישור על ניהול חשבון בנק/צילום צ'ק (חשבון הבנק צריך להיות על שם העמית ולהכיל ת.ז.)
5. טופס 101 מלא וחתום, ויובהר כי במידה וקיימת הכנסה נוספת יש לצרף בנוסף אישור פקיד שומה אחרת ינוכה מס מקסימלי בהתאם להוראות הדין.
6. טופס הפסקת עבודה ושחרור כספים ממעסיק נוכחי.
7. אישור פקיד שומה – במקרה של בקשה להיוון חלק מהכספים.

**נבקשך לשלוח את טופס 101 החתום, באמצעות הדואר האלקטרוני לכתובת:**

[Pension\\_claim2@clal-ins.co.il](mailto:Pension_claim2@clal-ins.co.il) או לפקס שמספרו 077-5556662, או בדואר רגיל למשרדי החברה בכתובת:

רחוב ראול וולנברג 36 תל אביב, מיקוד 6136902.

**יג. מידע שוטף על חשבונך:**

לקבלת מידע שוטף על חשבונך, ניתן להירשם בכתובת: [www.clalbit.co.il](http://www.clalbit.co.il)



## הנחיות למילוי טופס 101

בהתאם להנחיית רשות המסים, כמקבל קצבה חודשית מכלל ביטוח ופיננסים, הנך נדרשת למלא טופס 101. נבקש לציין, כי במידה שברשותך אישור על ניכוי מס במקור מפקיד שומה, אינך צריך למלא טופס 101.

### מס הכנסה

- לתשומת לבך, נוכל להעניק לך פטור מקצבה מזכה בשיעור של 17% מתקרת קצבה מזכה, בכפוף לכך שהצהרת בטופס 101 שאין לך הכנסות נוספות מקצבה ובמידה ולא פנית בשנים קודמות לפקיד השומה לצורך קבלת הנחיות מס בנוגע לקצבתך.
- לצורך מימוש זכאותך לקבלת הפטור, עליך לפנות אלינו באחת מההצהרות הבאות:
  - **ככל והגעת לגיל פרישה לאחר יום 1.1.2012** - יש לצרף לנו הצהרתך באמצעות טופס 161 ח'.
  - (גיל פרישה: גבר - גיל 67, אישה - גיל 62)
  - חישוב הפטור יבוצע בכפוף לעמידה בתנאי ההצהרה בלבד.
  - יודגש כי יתכן והנך זכאי/ת לפטור נוסף בשיעור של עד 35% מתקרת הקצבה המזכה, ולצורך כך עליך לפנות לפקיד השומה באזור מגוריך.
  - בכל מקרה אחר, וככל והצהרת בסעיף ה' בטופס 101 כי יש לך הכנסות נוספות (מקצבה או מקור אחר), הנך נדרשת/ת לפנות לפקיד השומה, לצורך קבלת אישור תיאום מס מפקיד השומה.
  - **יצוין כי במידה והנך נדרשת/ת להעביר אלינו טופס 101 וטופס זה לא יתקבל בחברתנו, ינוכה מס הכנסה מהקצבה המשולמת לך לפי שיעורי המס המרביים.**

### דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות

- ככל שמקצבתך מנוכים דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות, עליך לבחון אם הנך זכאי/ת ליהנות מהקלות או פטורים בהתקיים אחד או יותר מהתנאים המפורטים להלן:
  - במידה והצהרת בחלק ה' לטופס, כי הנך מקבל/ת את נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסתך האחרת ועל כן אינך זכאי/ת להם כנגד הכנסתך זו, הנך רשאי/ת להעביר לידנו הצהרה חתומה על גבי טופס **בל/644**. לחילופין הנך רשאי/ת להמציא אישור מביטוח לאומי.

### לתשומת לבך:

- בהתאם להנחיות עדכניות של המוסד לביטוח לאומי, פטור שהוענק בעבר לצמיתות למקבל נכות כללית בטל, והנך נדרשת/ת להמציא לחברתנו אישור חדש, ככל שהנך זכאי/ת לפטור מניכוי דמי ביטוח.
- ככל וחלה על החברה חובת ניכוי דמי ביטוח לאומי ו/או דמי ביטוח בריאות, ניכוי ו/או אי ניכוי דמי הביטוח ייעשה בהתבסס על הצהרתך בטופס 101 או על אישורי מס עדכניים שהתקבלו בחברתנו.
- במידה שחלו שינויים במצבך המשפחתי ו/או בעיסוקך ו/או בהכנסותיך ו/או בזכאותך לקצבות בביטוח הלאומי, חלה עליך חובה להודיע לנו על כך באופן מיידי
- ככל שיתברר כי המידע שמסרת אינו תואם את המידע שנמצא במוסד לביטוח לאומי, תחויב בדמי ביטוח ע"י הביטוח הלאומי.

### עמוד 1

| סעיף    | נושא                                       | הערות   |
|---------|--|---|
| כותרת   | שנת מס                                     | יש להקפיד לציין בחלק העליון של הטופס באיזו שנת מס מדובר           |
| סעיף א' | פרטי מעביד                                 | אין למלא סעיף זה, הסעיף ימולא ע"י קרן הפנסיה                      |
| סעיף ב' | פרטי העובד                                 | יש למלא את כל הפרטים האישיים                                      |
| סעיף ג' | פרטים על בן/בת הזוג                        | יש למלא את הפרטים האישיים של בן / בת זוג ואת המידע על הכנסותיו/ה  |
| סעיף ד' | פרטים על ילדים                             | יש למלא רק אם יש לך ילדים שבשנת המס עוד לא מלאו להם 19 שנה        |
| סעיף ה' | פרטים על הכנסות אחרות*                     | יש לסמן ב-X את האפשרות המתאימה                                    |
| סעיף ו' | אישור מצ"ב                                 | במידה ויש לך אישור יש לצרף אותו                                   |
| סעיף ז' | אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות | במידה ויש לך מסמכים לגבי הסעיפים הנ"ל יש לדאוג להמציא אישור בהתאם |
| סעיף ח' | הצהרה                                      | חובה לחתום ולכתוב תאריך   |

\* אם יש לך הכנסות נוספות, ינוכה מהקצבה מס מקסימלי אלא אם כן נקבל תיאום מס. אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש לך שתי אפשרויות:

1. לקבל את תשלום הקצבה הראשון בניכוי מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלוש שתקבל מאיתנו. בתשלום הקצבה שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס על פי האישור מתחילת התשלומים באותה שנה.
2. לבקש שנשלח לך הפנייה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).





ג 0101/130

למילוי ע"י גימלאית

# כרטיס עובד<sup>(1)</sup>

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד<sup>(1)</sup>  
לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

סמ"י / בריבוע המתאים

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<sup>(1)</sup> העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

|                       |                            |            |                   |
|-----------------------|----------------------------|------------|-------------------|
| שם                    | כתובת                      | מספר טלפון | מספר תיק ניכויים  |
| כלל פנסיה מקיפה/משלמה | ראול ולנברג 36 תל אביב יפו | 03-6387820 | 9 3 5 9 4 7 6 5 5 |

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

|                     |   |   |   |   |  |
|---------------------|---|---|---|---|--|
| מספר זהות (9 ספרות) | שם משפחה  | שם פרטי   | תאריך לידה  | תאריך עליה  | מין  |
|                     |   |   |   |   | זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> |
| כתובת פרטית         | מספר  | עיר/ישוב  | מיקוד   | מספר טלפון  | מספר טלפון נייד  |
| רחוב/שכונה          |   |   |   |   |  |
| כתובת דואר אלקטרוני | חבר קיבוץ/ מושב שיתופי                                  | מצב משפחתי  | תושב ישראל  | חבר בקופת חולים   | שם הקופה   |
|                     | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש) <input type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |  |

ג. פרטים על בן/בת הזוג

|   |          |         |            |            |
|---|----------|---------|------------|------------|
| מספר זהות (9 ספרות)   | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | תאריך עליה |
|   |          |         |            |            |
| <input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קיצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת |          |         |            |            |

ד. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות <sup>(1)</sup> |  | <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:      |  |
| <input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup>                     | <input type="checkbox"/> קצבה <sup>(6)</sup> | <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת <sup>(3)</sup> | <input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup> |
| <input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup>                    | <input type="checkbox"/> ממקור אחר           | <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup> |  |

| שם | מספר זהות | תאריך לידה |
|----|-----------|------------|
|    |           |            |
|    |           |            |
|    |           |            |

ו. אישורים מצ"ב

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> אישור פקיד השומה לתיאום מס. |
|--|

ז. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. אני נכה 100% / עיוורת/ 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.  |
| <input type="checkbox"/> 2. אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מזכה <sup>(7)</sup> מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____. ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות על טופס 1312 א.  |
| <input type="checkbox"/> 3. אני הורה במשפחה חד הורית <sup>(8)</sup> החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 4 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.  |
| <input type="checkbox"/> 4. בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ד. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד <sup>(9)</sup> .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס _____ .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 19 שנים _____ . |
| <input type="checkbox"/> 5. בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 4 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד <sup>(9)</sup> .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס _____ .  |
| <input type="checkbox"/> 6. אני הורה יחיד <sup>(9)</sup> לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיף 4 ו-5 לעיל).  |
| <input type="checkbox"/> 7. בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ד ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.  |
| <input type="checkbox"/> 8. אני הורה לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים, בגינו 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. לילדי, בגינו אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.  |
| <input type="checkbox"/> 9. בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. (מצורף פסק דין).   |
| <input type="checkbox"/> 10. בגין סיוע לימודים לתואר אקדמי, סיוע התמחות או סיוע לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.   |

ח. 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.

חתימת הגימלאית/ת

תאריך

כלל פנסיה וגמל בע"מ

**דברי הסבר למילוי טופס 101**

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מלגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת.
- (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** - **ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.** 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.
- (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) **ישוב מזכה** - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.
- (8) **הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה:** רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (9) **הורה יחיד** - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.





טופס זה ימולא ע"י יחיד שהגיע לגיל פרישה<sup>(1)</sup> לאחר ה-1.1.12 ומקבל קצבה מזכה<sup>(2)</sup> יחידה המבקש לקבל את הפטור הנוסף<sup>(3)</sup> ממשלם הקצבה.

לכבוד: משלם הקצבה

**בקשה לקבלת "הפטור הנוסף" בחישוב ניכוי המס מהקצבה המזכה למי שהגיע לגיל פרישה לאחר יום התחילה - 1.1.12**

א. פרטי מקבלת/הקצבה

|            |            |         |                   |
|------------|------------|---------|-------------------|
| תאריך לידה | שם משפחה   | שם פרטי | מספר זהות         |
| / /        |            |         |                   |
| מספר טלפון | כתובת מלאה |         |                   |
| קידומת     | מיקוד      | יישוב   | מס' בית/דירה רחוב |

ב. בקשה לקבלת הפטור הנוסף בחישוב ניכוי המס מהקצבה המזכה

1. בתאריך / / הגעתי לגיל פרישה.

2. אני הח"מ מבקש/ת לקבל את הפטור הנוסף בעת ניכוי המס מהקצבה המזכה על ידי משלם הקצבה.

ג. הצהרות וחתימות

1. אני מצהיר/ה בזאת כי לא הגשתי לפקיד השומה בקשה לקיבוע זכויות באמצעות טופס 161 ד וכי החל מיום 1.1.12, לא משכתי סכומים מקופת גמל או ממעסיק בדרך של היוון קצבה בפטור ממס לפי סעיף 9א(ה) לפקודת מס הכנסה.

2. אני מצהיר/ה בזאת כי אין בכוונתי למשוך בעתיד סכומים מקופת גמל או ממעסיק בדרך של היוון קצבה בפטור ממס לפי סעיף 9א(ה) לפקודת מס הכנסה. ידוע לי ומוסכם עלי כי בשל בקשתי זו ובתום 90 יום ממועד קבלת הפטור על הקצבה, לא אוכל להוון קצבה בפטור ממס בעתיד, חלף הפטור הנוסף.

3. ידוע לי כי בהתאם לבקשתי זו, במסגרת חישוב ניכוי המס שיעשה על ידי משלם הקצבה, כל הגדלה שתחול בעתיד בשיעור הפטור מהקצבה המזכה, תשמש לצורך הגדלת החלק הפטור ממס של הקצבה המזכה.

4. ידוע לי שבאפשרותי לפנות לפקיד השומה על מנת לבחון את מיצוי זכויותיי.

**אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים, מלאים ומדויקים וידוע לי כי אני צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק בגין השמטה או מסירת פרטים לא נכונים.**

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

(1) "גיל פרישה" - כהגדרתו בחוק גיל פרישה, תשס"ד-2004.

(2) "קצבה מזכה" - סך כל הקצבאות שמקבל אדם למעט קצבה מוכרת. לעניין זה - קצבאות שמקבל אדם מביטוח לאומי וכן קצבת שאירים מקופת גמל או ממעסיק לשעבר, לא ייחשבו כקצבה מזכה.

(3) "הפטור הנוסף" - שיעור הפטור ממס החל על הקצבה המזכה, הקבוע בסעיף 9א(ב) לפקודת מס הכנסה, העולה על 35%.

**דברי הסבר**

יחיד המקבל קצבה מזכה יחידה שהגיע לגיל פרישה לאחר יום 1.1.12, יכול לקבל את הפטור הנוסף בחישוב המס החל על קצבתו המזכה, באחת משתי האפשרויות המפורטות להלן:

**אפשרות א'** - הגשת בקשה לפקיד השומה לאישור קיבוע זכויות באמצעות טופס 161 ד וקבלת אישור קיבוע זכויות. לטופס 161 ד יש לצרף את המסמכים המפורטים להלן:

א. טופס 161 (הודעת מעסיק על פרישה) בהם מפורטים כל סכומי מענקי הפרישה שהועמדו לרשות מקבל הקצבה במועד פרישתו מהעבודה.

ב. תלוש קצבה / תלוש משכורת אחרון.

ג. פרטים על הכנסות נוספות, ככל שישנן.

במסגרת בקשת קיבוע הזכויות המוגשת לפקיד השומה יוכל מקבל הקצבה להציג בפני פקיד השומה את מלוא סכום מענקי הפרישה שצבר בגין תקופת עבודתו, קצבאות להן הוא זכאי וכן יפרט את בחירותיו ביחס לסכומים אלה, לרבות בחירתו ביחס להיוון קצבה בפטור ממס ובכך יוכל מקבל הקצבה למצות את הזכויות המגיעות לו, הן ביחס לפטור ממס הבסיסי העומד על שיעור מירבי של 35% מ"תקרת הקצבה המזכה", והן ביחס לפטור הנוסף. כמו כן, במסגרת הגשת הבקשה לקיבוע זכויות לפקיד השומה יוכל מקבל הקצבה לבחור כיצד לנצל את ההגדלות העתידיות הצפויות בשיעור הפטור הנוסף.

**אפשרות ב'** - הגשת בקשה למשלם הקצבה לצורך קבלת הפטור הנוסף בלבד וזאת באמצעות טופס זה. טופס זה כולל בין היתר את הצהרת מקבל הקצבה לפיה מוסכם עליו כי בשל בקשה זו ובחלוף 90 יום מהמועד בו קיבל את הפטור הנוסף, לא יוכל להוון קצבה לפי סעיף 9א(ה) לפקודת מס הכנסה בפטור ממס בעתיד, חלף הפטור הנוסף וכן הצהרה לפיה ידוע למקבל הקצבה שכל הגדלה עתידית בשיעור הפטור הנוסף תחול על הקצבה המזכה. מקבל קצבה הבוחר באפשרות ב' יגיש טופס זה פעם אחת בלבד למשלם הקצבה. מקבל קצבה שהגיש טופס זה למשלם הקצבה, יוכל לפנות לפקיד השומה בצירוף המסמכים המפורטים באפשרות א' לעיל, על מנת לבחון את מיצוי זכויותיו.

**הדברים המובאים לעיל הם דברי הסבר ואינם באים במקום הוראות החוק, התקנות או כלל אחר שיקבע.**

אף טכנולוגיות דיגיטליות ומידע (מערך ל-10.2019)



סניף \_\_\_\_\_

**לכבוד**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                           |                   |
|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|-------------------|
| <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">מס' זהות</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">סוג המסמך</td> <td colspan="8" style="text-align: center;">דפים</td> </tr> </table> |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  | מס' זהות |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | סוג המסמך |  | דפים |  |  |  |  |  |  |  | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | <b>חותמת קבלה</b> |
|  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                           |                   |
| מס' זהות   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                           |                   |
| 0  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                           |                   |
| סוג המסמך  |  | דפים |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                           |                   |

**פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה לאישה נשואה**

|   |         |            |      |                |       |
|---|---------|------------|------|----------------|-------|
| <b>פרטי המבקשת</b> <span style="float: right;">1</span>   |         |            |      |                |       |
| שם משפחה  |         | שם פרטי    |      | מספר זהות ס"ב  |       |
| <b>כתובת</b>  |         |            |      |                |       |
| רחוב / תא דואר  | מס' בית | כניסה      | דירה | יישוב          | מיקוד |
| טלפון קווי  |         | טלפון נייד |      | דואר אלקטרוני: |       |
|   |         |            |      | @ _____        |       |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. |         |            |      |                |       |

|  |
|--|
| <b>הצהרה</b> <span style="float: right;">2</span>  |
| הנני מצהירה בזאת כי:   |
| <input type="checkbox"/> אינני עובדת מתאריך _____ .  |
| <input type="checkbox"/> אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".  |
| לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי. אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה. |
| תאריך _____ חתימת המבקשת * _____   |







המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הביטוח והגביה

**לכבוד**

המעסיק המשני או משלם הפנסיה \_\_\_\_\_  
מספר תיק ניכויים \_\_\_\_\_  
(לפי הרשום בתלוש המשכורת)

**הנדון: הצהרת עובד או מקבל פנסיה למעסיק משני או למשלם הפנסיה  
על הכנסתו אצל המעסיק העיקרי הנמוכה מ- 60% מהשכר הממוצע**

| פרטי העובד או מקבל הפנסיה |         |
|---------------------------|---------|
| שם משפחה                  | שם פרטי |
| מספר זהות<br>ס"ב          |         |

| הצהרת העובד או מקבל הפנסיה  |                         |
|---|-------------------------|
| תאריך   | חתימת העובד/מקבל הפנסיה |
| אני מצהיר/ה כי שכר הברוטו שלי החייב בביטוח לאומי אצל המעסיק העיקרי הוא _____ ש"ח<br>על-פי תלוש שכר אחרון לחודש _____. |                         |

**על פי הצהרת העובד /מקבל הפנסיה בטופס זה, יחשב המעסיק המשני או משלם הפנסיה, את דמי הביטוח שינכה מהעובד או ממקבל הפנסיה בשיעור המופחת.**

**לידיעתך,**

- על פי הצהרתך יינתן אישור על ידי המעסיק המשני עד לסוף שנת המס הנוכחית (עד סוף חודש דצמבר בשנה זו).
- יש להצהיר הצהרה זו בתחילת כל שנה או בתחילת עבודתך אצל המעסיק המשני או משלם הפנסיה.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את הצהרת העובד על הכנסתו אצל המעסיק העיקרי, על פי טופס 126 המדווח על ידי המעסיק או משלם הפנסיה.

בל/644(01.2011)

