

לקוח יקר,

בהמשך לפנייתך לקבלת פנסיית שארים מקרן הפנסיה עתודות קרן פנסיה ותיקה מאוזנת, מצורפת בזאת לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת התביעה.

צוותי החברה עומדים לרשותך בכל עת.

בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציג החברה בטלפון 5654 * או במייל ישירות למחלקת תביעות TeviotPensia@Clal-ins.co.il.

בברכה,

מחלקת תביעות ותשלומי פנסיות

אגף תפעול

כלל פנסיה וגמל בע"מ

הליך בירור ויישוב התביעה

כלל פנסיה וגמל בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב כנספח א', אשר החברה אימצה לשם כך.

עמית המעוניין להגיש תביעה לפי תקנון עתודות קרן פנסיה ותיקה מאוזנת ("קרן הפנסיה"), מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהעמית, תבחן החברה את זכאות העמית לפנסיית שארים, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה ובפרט לאור הוראות פרק ו' ו- ז' של תקנון קרן הפנסיה.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת משני אלה: תשלום או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר לשאר/מוטב/יורש בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח א').

יודגש כי תביעה לקבלת פנסיית שאירים מתיישנת על פי חוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 לאחר 7 שנים מיום קרות הפטירה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לקבלת פנסיית שאירים כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום הזכאות, כולה או חלקה, או במועד קיומה.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה לקבלת פנסיית שאירים על פי תקנון קרן פנסיה, על השאר/מוטב/יורש למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ג'.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים יש להעביר אל החברה לכתובת: רחוב נירים 2, ת.ד. 9300, ת"א 67060. או לפקס: 073-7018016. מובהר כי לצורך הגשת התביעה יש לשלוח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובת או לפקס הנזכרים לעיל בלבד, ואין די במשלוח הטופס ו/או המסמכים לכל כתובת או פקס אחרים, לרבות לא אל סוכן הביטוח.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים, התובע נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדיון, בצירוף האישורים המתאימים.

נספח א'

מערכת הכללים

החברה אמצה מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור, אשר אלה עיקריה:

מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלה אצלה תביעתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך בירור התביעה.

בהקדם האפשרי לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך שנדרשו מהתובע בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה.

אם החברה זקוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע- על החברה לדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו נתברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנתבקשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 30 ימים ממועד זה החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעה (בדרך של תשלום או דחייה), או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור.

הודעת יישוב תביעה שתימסר לתובע, תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזר, בהתאם לאופן בו יושבה התביעה:

הודעת תשלום תכלול, בין השאר, פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שמדובר בהודעת תשלום עיתי, ההודעה תכלול בנוסף, בין השאר, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות.

הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד המחלוקת ואת הסכום שנקבע בפשרה.

הודעת דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, ההתניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה.

מקום שנמסרת לתובע הודעת המשך בירור, תכלול ההודעה את הסיבות בגין נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים.

ככלל, הודעת המשך בירור תימסר לתובע כל תשעים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

בירור תביעה בעזרת מומחה

הסתמכה החברה על חוות דעת מומחה לצורך יישוב התביעה, חוות הדעת תהיה מנומקת, ותכלול את כל הפרטים הנדרשים על פי החוזר לרבות רשימת המסמכים עליהם נסמכת חוות הדעת. חוות הדעת תועבר ליד התובע כחלק מהודעת יישוב התביעה הרלוונטית שתימסר לו.

היענות לפניית מבוטח או תובע

כל פניה בכתב של עמית או תובע תיענה על ידי החברה בכתב בתוך שלושים ימים לכל היותר ממועד קבלת הפניה בחברה.

בקשה של תובע לקבל העתק מהתקנון תיענה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה.

בקשה של תובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע חתום עליו או ממסמך אשר הגיע לידי החברה מהתובע או בהסכמתו, תיענה בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה.

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 לחוזר גופים מוסדיים 5-9-2011 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>.

נספח ב' - טופס תביעה.

טופס תביעה לתשלום פנסיית שאירים

1. פרטי המנוח

תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	מצב משפחתי	ת. לידה	כתבות	טלפון	סלולארי	דואר אלקטרוני

2. פרטי בן זוג:

תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	מצב משפחתי	ת. לידה	כתבות	טלפון	סלולארי	דואר אלקטרוני

3. פרטי חשבון בנק של בן הזוג:

שם הבנק	מספר הסניף	שם הסניף	מספר חשבון

*יש לצרף אישור בנק בכולל שם מלא+ת.ז.+מס חשבון+מספר סניף וחתימה וחותמת של הבנק, או לחילופין המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.

4. פרטי הילדים זכאים

שם השאר	סוג קירבה למנוח	מס' ת.ז.	ת. לידה	מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח	האם היה תלוי במנוח לפרנסתו	שם הבנק	מספר הסניף	שם הסניף	מספר חשבון

*יש לעדכן את פרטי חשבון הבנק של הילדים מעל גיל 18 לצרף אישור בנק בכולל שם מלא+ת.ז.+מס חשבון+מספר סניף וחתימה וחותמת של הבנק, או לחילופין המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.

5. פרטים של מגיש הבקשה: שם _____ מס' ת.ז. _____
קרבה למנוח _____.

6. פרטים על מקרה המוות:

6.1 תאריך פטירה

יום	חודש	שנה

6.2 מהי סיבת המוות ונסיבותיה, יש לפרט (כגון: מחלה, תאונה, התאבדות, אחר).

6.3 מיהם הרופאים ו/או המוסדות הרפואיים שטיפלו במנוח בשנה שקדמה למועד הפטירה?

6.4 שם קופת החולים והכתובת בו טופל המנוח.

7. תאריך מילוי הבקשה _____

חתימה של בן הזוג _____

8. חתימה של ילדים מעל גיל 18:

שם מלא	_____	חתימה	_____
שם מלא	_____	חתימה	_____
שם מלא	_____	חתימה	_____
שם מלא	_____	חתימה	_____
שם מלא	_____	חתימה	_____

לכבוד:
כלל פנסיה וגמל בע"מ
נירים 2 ת"ד 9300
תל אביב 67060

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 הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי 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 הסייעודי, ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד (להלן למען הנוחיות: "המידע"), למסור למיטבית חברה לניהול קרנות פנסיה ו/או למיטבית גמל (2003) בע"מ ("להלן: "מיטבית"), ולמי מטעמה, את כל המידע המצוי בידיהם ובאופן שיידרש על ידי מיטבית.

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 מיטבית, ולא תהיה לי אף 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 למיטבית. 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 זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך	חתימה
שם:	ת. ז.:
מען:	שם קופת החולים:
סניף	רופא מטפל

אימות החתימה*

אני _____ מאשר בזה כי הנ"ל חתם בפני על כתב הויתור הנ"ל.

תאריך _____ חתימה _____

* אימות חתימה יעשה אצל מורשי חתימה במקום עבודה או בפני עורך דין מורשה.

טופס כרטיס עובד - הנחיות למילוי

יש למלא את שני העמודים של הטופס.

עמוד ראשון:

כותרת	שנת מס	יש להקפיד לציין בחלק העליון של הטופס באיזו שנת מס מדובר.
סעיף א'	פרטי מעביד	אין למלא סעיף זה, הסעיף ימולא על-ידי קרן הפנסיה.
סעיף ב'	פרטי העובד	יש למלא את כל הפרטים האישיים.
סעיף ג'	פרטים על ילדים	יש למלא רק אם יש לך ילדים שבשנת המס עוד לא מלאו להם 19 שנה.
סעיף ד'	פרטים על הכנסות ממעביד זה	יש לסמן ב- X את האופציה "קצבה".
סעיף ה'	פרטים על הכנסות אחרות*	יש לסמן ב- X את האופציה המתאימה.
סעיף ו'	פרטים על בן/בת הזוג	יש למלא את הפרטים האישיים של בן/בת זוג ואת המידע על הכנסותיו/ה.
סעיף ז'	שינויים במהלך השנה	למלא אם היו שינויים בפרט כלשהו שצינת (לדוגמה, מצב משפחתי, מצב הכנסות נוספות). לגבי כל שינוי חשוב לציין את תאריך השינוי.

עמוד שני:

סעיף ח'	סיבות לפטור/זיכוי	יש לסמן ב- X את הסעיפים הרלוונטיים לך. שימ'י לב כי עבור חלק מהסיבות יש צורך לצרף אישור מיוחד.
סעיף ט'	בקשה לתיאום מס	רלוונטי רק אם הנך מצרף אישור תיאום מס מפקיד שומה.
סעיף י'	הצהרה	חובה לחתום ולכתוב תאריך.

*אם יש לך הכנסות נוספות, ינוכה מהפנסיה מס מקסימלי אלא אם כן נקבל תיאום מס.

אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש באפשרותך שתי אופציות:

1. לקבל את תשלום הקצבה הראשון בניכוי מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלוש שתקבל מאיתנו.

בתשלום הפנסיה שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס על פי האישור מתחילת התשלומים באותה שנה.

2. לבקש שגשלה לך הפנייה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).



כרטיס עובד⁽¹⁾

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

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

שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (נא"כ הנציב אישר אחרת).
הטופס מהווה אסמכתא למעביד למנות הקלות במס ולערוכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ השבד.
אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.
ראה הסברים ולפי המספרים) מעבר לדף)

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובד/ת

מספר זהו (9 ספרות)		שם משפחה		שם פרטי		תאריך עליה		תאריך לידה	
כתובת פרטית מספר טלפון /									
מין		מצב משפחתי		רחוב/שכונה		מספר	עיר/שוב	מיקוד	קידומת
☐ זכר ☐ נקבה	☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה	☐ גרושה/ה ☐ אלמן/ה	☐ כן ☐ לא	תושב ישראל ☐ כן ☐ לא	חבר בקופת חולים ☐ כן, שם הקופה _____ ☐ לא				

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה

סמן/י $\sqrt{\quad}$ בטור המתאים ליד שם הילד הנמצא בחזקתך

אני מקבל/ת: (ראה הסברים משבר לדף) ☐ משכורת חודש ⁽²⁾ ☐ שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾ ☐ משכורת נוספת ⁽³⁾ ☐ קיצבה ⁽⁶⁾ ☐ משכורת חלקית ⁽⁴⁾ ☐ מילכה ⁽¹⁾		סמך / ✓ בטור המתאים ליד שם הילד הנמצא בחזקתך		
תקופת העבודה⁽¹⁾ בשנת המס		שם	מספר זהות	תאריך לידה
מס' חודשי עבודה (בשנת המס)				
תאריך תחילה				
תאריך סיום				

ה. פרטים על הכנסות אחרות

☐ אין לי הכנסות אחרות ☐ אין לי מלגות אחרות

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

☐ משכורת חודש ⁽²⁾ ☐ שכר עבודה (עובד/יומאי) ⁽⁵⁾

☐ משרות נוספת ⁽³⁾ ☐ קיצבה ⁽⁶⁾

☐ משכורת חלקית ⁽⁴⁾ ☐ מלגה ⁽¹⁾

☐ מקור אחר

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן:

☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (שישך) ⁽⁷⁾ אני 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 מפרשים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽⁹⁾

☐ אין מפרשים עבורי לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת ⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה
 ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/עסק
 ☐ הכנסה חייבת אחרת לרבות קיצבה

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השכיר	חתימת העובד/ת

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמך/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.
3	☐ אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.
4	☐ אני ☐ עולה חדש/ה ☐ תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____. לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____. מי שהיתה לו הכנסה או שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - ימנה לפקיד השומה. לתושב/ת חוזר/ת - חובה לצרף אישור משרד הקליטה (תעודת יתושב חוזר" מעל 6 שנים).
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)
6	☐ אני הורה החי בנפרד ומבקש נקודת זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזקתי (בהתאם לסעיף 7 להלן)
7	☐ בגין ילדי שבחזקתי (ימולא רק ע"י אשה או ע"י גבר החי בנפרד) המפורטים בחלק ג. ☐ מספר ילדים שנוולו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס ☐ מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים
8	☐ בגין ילדי הפעוטים (ימולא ע"י גבר [למעט גבר אשר סימן את פסקה 7 לעיל], אשה החיה בנפרד וילדיה אינם בחזקתה, וכן הורה יחיד ⁽¹¹⁾) ☐ מספר ילדים שנוולו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס
9	☐ אני הורה יחיד ⁽¹¹⁾ לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיפים 7 ו- 8 לעיל)
10	☐ בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
11	☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר (ימולא ע"י מי שנישא בשנית) (מצורף פסק דין).
12	☐ מלאו לי 16 שנים וטרם מלאו לי 18 שנים.
13	☐ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____. מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
14	☐ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)

1	☐ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.																
2	☐ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת/קיצבה/מילגה (ממכון מחקר) כמפורט להלן:																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>המס שנוכה</th> <th>הכנסה חודשית</th> <th>סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/שחר)</th> <th>המס שנוכה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/שחר)	המס שנוכה												
המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (משכורת/קיצבה/מילגה/שחר)	המס שנוכה														
3	☐ פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.																

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

תאריך _____ חתימת המבקש/ת _____

דברי הסבר למילוי טופס 1010

- "עובד" לרבות מקבל קיצבה ולרבות חוקר במכון מחקר או מכון מחקר תורני. "מעביד" לרבות משלם קיצבה ולרבות מכון מחקר תורני.
- "עובד" לרבות קבלת קיצבה. "מילגה" לחוקר בתקופת לימודיו במכון מחקר או מכון מחקר תורני.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום.
- משכורת נוספת - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש ויותר מ- 5 שעות בכל יום, נוסף למשכורת חודש ו/או בנוסף לקיצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כמשכורת נוספת.
- משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה במשך 5 שעות או פחות בכל יום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ- 5 שעות ביום אך לא יותר מ- 8 שעות בשבוע.
- משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום אך פחות מ- 18 יום בחודש. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- קיצבה - מקיצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבעת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משבעת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות.
- אם העובד לא מילא משבעת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבעת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקיצבה/לאבדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- הורה יחיד - שכן זוג נפטר או שרשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.

נספח ג'

רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

תביעה מכח תקנון קרן הפנסיה עתודות קרן פנסיה ותיקה מאוזנת

☐ טופס תביעה חתום ע"י כל השארים מעל גיל 18. במידה והשאיר אינו כשיר לחתום על הטופס, יחתום על הטופס האפוטרופוס שנקבע לו על פי דין.

כאשר בטופס התביעה יש למלא את כל הסעיפים, ללא הגשת הטופס מלא בשלמותו לא נוכל להמשיך לטפל בתביעה.

☐ צילום תעודת זהות כולל ספח של כל השאירים, כולל שאירים מעל גיל 18.

☐ טופס 101 לשנת המס הנוכחית ממולא ע"י כל שאיר בנפרד, במידה ויש יתום קטין על האפוטרופוס למלא בשמו.

יש להשאיר את סעיף א' פתוח ללא תשובה (הוא ימולא על ידי קרן הפנסיה בלבד) ואילו את סעיף ד' חובה למלא, סעיף ה' חובה למלא בהתאם להכנסות של העמית פרט לקצבת הנכות

המשולמת מאיתנו

☐ טופס ויתור על סודיות רפואית בשם המנוח חתום ע"י כל השאירים המופיעים בצו הירושה.

☐ צילום המחאה או אישור מהבנק הכולל את פרטי השאירים לרבות שם ומשפחה, מספר ת.ז. של העמית ופרטי חשבון בבנק על דף לוגו של הבנק הכולל חתימה של פקיד הבנק וחתימת רשמית.

☐ צו ירושה או צו קיום צוואה וצוואה מקורית / חותמת נאמן למקור

☐ תעודת פטירה מקורית / חותמת נאמן למקור.

☐ במקרה שהפטירה ארעה מחוץ לשטח מדינת ישראל יש לצרף, במקום תעודת פטירה, הודעה על מקרה המוות מאומתת ומאושרת ממשד הפנים (תמצית רישום ממשד האוכלוסין) מקורית / חותמת נאמן למקור

☐ מסמכים רפואיים הנוגעים לתביעה המצויים בבתי חולים ובמוסדות רפואיים, בידי רופאים יחידים או אצל גופים או בני אדם אחרים שברשותם מידע על מצב הבריאות.

☐ באם מדובר על ידוע בציבור יש לקבל פסק דין מערכאה שיפוטית מוסמכת או לחילופין אישור מביטוח על תשלום קצבת שארים.

☐ במקרה שתחושב פנסיית שארים מזערית – החברה תשלח לשארים מכתב הכולל את

אפשרויות העומדות בפניהם, יש לסמן את האפשרות ולהחזיר לחברה.

