



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



יוני 2025 30
Office@freiberg-law.com

בדן א"ל
מבלי לפגוע בזכויות

לכבוד

מגדל חברה לביטוח בע"מ

מחלקת נכות כללית

באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: בנימין פנחס, ת"ז 056597321

פוליסה מס' 40086160/9

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 19.6.25 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה, אישור ניהול חשבון, צילום ת"ז ותלושי שכר.

2. לעיונכם והמשך טיפולכם המסור ותשלום תגמולי הביטוח אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

Tel: 03-7412358 ; Fax: 077-3180983 Office@Freiberg-law.com

דרך אבא הלל 7, בית סילבר, רמת גן 5252204



שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

דף הנחיות לטופס 619 הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן.
אם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך, יש למלא או לחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס התביעה.

1. טופס "הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה".
 2. אישורים רפואיים מרופא מומחה בתחום הרלוונטי לפגיעה / מחלה, סיכומי אשפוז אם ישנם המעידים על אובדן הכושר, החלטת הביטוח הלאומי כולל פרוטוקול מלא, אם הוגשה אליהם תביעה.
 3. במקרה של תאונת דרכים יש לצרף אישור משטרה כולל פרוטוקול מלא, אם הוגשה אליהם תביעה.
 4. במקרה תביעה לפיצוי חודשי בגין אובדן כושר עבודה, יש לצרף 12 תלושי שכר אשר קדמו לאירוע. אם הנך עצמאי, יש לצרף אישור הכנסות מרואה חשבון לשנה שקדמה לאירוע או דוח שומה מרשויות המס.
 5. לשכיר - יש לצרף "טופס הודעת המעסיק על היעדרות עובד עקב מחלה" (מצ"ב).
 6. תגמולי הביטוח משולמים באמצעות הפקדה לחשבון הבנק בלבד.
- הסכום המירבי לביצוע הפקדה הינו 400,000 ₪.
- כאשר גובה הפיצוי החודשי הינו מעל 10,000 ₪, יש להמציא לחברתנו המחאה מקורית מבוטלת.
 7. טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (מצ"ב) (עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח או תצלום רישיון סוכן תקף) (מצ"ב).
- * עד לחתימה נדרש על פי חוזר משרד הבריאות 15/2003 מתאריך 9.3.2003
8. טופס 101 (מצ"ב).
 9. טופס 619 - פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה - לאשה נשואה שהינה עקרת בית (מצ"ב).
 10. תצלום תעודת הזהות כולל הספח.

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: haimtviot@migdal.co.il / פקס מס' 03-5637750 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות חיים.

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה.
במידה וידרשו מסמכים נוספים נודיעך על כך הודעה בכתב.

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה
בברכה,
תביעות חיים

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201010
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 619



0161961901180416

עמוד 2 מתוך 18 דפים



שם הסוכן	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה

הודעת המבוטח התובע

טופס מספר 619

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה	מין
056597321	כרם		דניאל		11/9/1960	נ ☒ ז ☐
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
יבנה	ימור השלם		4			
מספר טלפון נייד	עובד חברה		דואר אלקטרוני			
	כן ☐ לא ☒					

ב. פרטים נוספים על המבוטח			
שם קופת החולים	שם הסניף	שם הרופא המטפל	כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב)
☒ מכבי ☐ כללית ☐ לאומית ☐ מאוחדת	הרצ 3		
האם שינית את המקצוע / משלח יד / העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? ☐ לא ☐ כן, נא פרט:			
עיסוקך טרם קרות האירוע:			
אם התוכנע אינו המבוטח, נא רשום את פרטי התובע - שם פרטי, שם משפחה, כתובת, טלפון:			

ג. פרטי האירוע / מצב בריאות / תעסוקה	
1. האם אובדן הכושר הנטען נגרם על-ידי תאונה או מחלה?	אירוע לב
2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה?	לפני 25
3. נא פרט על מהלך הסיבות והתוצאות של התאונה / המחלה:	רצף תאבנות והטמא
4. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על-פי הוראת רופא?	לא, כולל
5. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים / בית החלמה אחר? אם כן, פרט:	לא
6. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בעקבות אירוע זה?	יבנה
7. מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעסיק?	מאז 13.500
8. מה היתה הכנסתך החודשית ברוטו טרם קרות התאונה / המחלה?	כ-13,500
9. האם אתה: ☐ עצמאי ☒ שכיר	
10. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז התחילה המחלה? אם כן מתי זה היה?	לא
11. האם אתה מסוגל לעבודה כלשהי? ☒ לא ☐ כן, אם כן, איזה סוג של עבודה?	
12. האם אתה עוסק עכשיו בעבודה כל שהיא למען שכר או תגמול? ☒ לא ☐ כן, אם כן מהי נומה הכנסתך החודשית ברוטו?	
13. האם תוכל לדעתך לשוב לעבודתך או לעיסוקך טרם קרות האירוע? ☐ לא ☐ כן, אם לא, פרט מדוע:	
14. האם תוכל לדעתך לעבוד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:	
15. האם יש לך ביטוחים אחרים המכסים נכות מתאונה ו/או אובדן כושר עבודה ו/או מחלה, נא פרט: (שם חברה, סוג פוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד):	



0161961902180416

נמסר מתוך 18 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 619



שם הסוכן	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

ג. פרטי האירוע / מצב בריאות / תעסוקה - המשך

16. האם הגשת תביעה בגין האירוע למוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☒ כן, ו/או לכל גורם אחר? ☐ לא ☐ כן, אם כן, פרט: נכות סל"ה

17. האם אתה מקבל או קיבלת תשלומים חודשיים בגין אובדן הכושר לעבודה או בגין הפנסיה שמקורם ממעסיקך, חברת הביטוח, קרן הפנסיה ביטוח לאומי, צה"ל וכו' ☒ לא ☐ כן, פרט מקור התשלום: _____ הסכום החודשי: _____ תקופת התשלום: _____

18. האם הגשת תביעה בגין האירוע לגורם נוסף בחברת מגדל? ☒ לא ☐ כן, אם כן, מספר התביעה _____ באיזו מחלקה? _____

ד. הצהרת המבוטח

אני (המבוטח) החתום מטה, מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
אני מבקש לאור האמור לעיל (בחר וסמן את המתאים):

☐ לשלם לי / לתובע את סכום הביטוח לפי ההרחבה הנ"ל.
☐ לשחרר את בעל הפוליסה מתשלום פרמיות בעד הפוליסה וזאת על-פי ההרחבה הנ"ל.

תאריך: 27.6.25

חתימה: _____

ה. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון בנק

אני מבקש את תגמולי הביטוח לזכות חשבוני בבנק שפרטיו להלן (מצורפת דוגמת המחאה מבוטלת מחשבוני הנ"ל):

מספר חשבון	שם בעל החשבון	שם בנק	קוד בנק	מספר סניף
631759	תאן וציוס נחום	תאן	12	624
יישוב	כתובת בנק (רחוב)	מס' בית	מיקוד	
יבנה				

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן/בת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

תאריך: 21.6.24

חתימה: _____

ו. מינוי סוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר / גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו בכלל זאת להגיש למגדל ולקבל ממגדל את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך: _____

חתימת: _____

ז. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שתרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ מספר זהות: _____ חתימת המבוטח: _____





ויתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ:

מספר זהות	056597321	שם משפחה	תח	שם פרטי	תנין	שם האב	
רחוב	סוף תל אביב	מס' בית	4	מס' דירה		מיקוד	46306409
מספר טלפון		יישוב	ירושלים				

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי למסור ל (להלן "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מהברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד
בני			

שמות נותני השירותים			
רופאים	1.	2.	3.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.
	4.		

מספר אישי בצה"ל	שם קופ"ח קודמת

ב. במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

ג. יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
		★

ד. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח

תאריך	27.6.25	שם העד לחתימה	ד"ר גיא חיימ	מספר זהות	066630930	חתימת העד	אריאל פריברג, עו"ד
						★	62254.7.18

ה. חתימת המבוטח

תאריך	27.6.25	מספר זהות	056597321	חתימת המבוטח	★

מגדל חברה לביטוח בע"מ

עמוד 5 מתוך 18 דפים

קוד מסמך: 106

0110600005180316

משרד הפנים
وزارة الداخلية



מדינת ישראל
دولة اسرائيل



תעודת זהות
بطاقة هوية



שם המשפחה اسم العائلة
פנחס

השם הפרטי الاسم الشخصي
בנימין

תאריך הלידה تاريخ الولادة
י"ט באלול התש"ך
11.09.1960

תאריך הנפקה تاريخ الاصدار
י' באייר התשפ"ה
8.5.2025

0 5659732 1

במקור עד סארי המעול
ט"ו בניסן התשצ"ה
24.04.2035



מספר הזהות رقم الهوية

0 5659732 1

רשות האוכלוסין וההגירה
سلطة السكان والهجرة

מספר הזהות ר.פ.מ. الهوية
שם המשפחה اسم العائلة
השם הפרטי الاسم الشخصي
פנחס בנימין

0 5659732 1

שם האב اسم الاب
נפתלי

שם האם اسم الام
וקטוריה

שם הסב اسم الجد
שלום

המין الجنس
זכר

מקום הלידה مكان الولادة
ישראל

מעמד الوضع
אזרחות ישראלית

מספר הכרטיס رقم البطاقة
014636398

קוד אבטחה
38-74-03-98 00



353808 62141

מרכיבי שכר

10000.00	משכורת		
10000.00	סה"כ מרכיבים		

תעריפים

400.00	תעריף יום		
54.95	תעריף שעה		

נתונים אישיים

מס	מס	מס	מס	מס	מס
56597321	מס	מס	מס	מס	מס
12-628	מס	מס	מס	מס	מס
631758	מס	מס	מס	מס	מס
11/09/60	מס	מס	מס	מס	מס
20/01/16	מס	מס	מס	מס	מס

מחלקה: 1006 **תקשורת טלפון** **אגף:** תת מפעל: 005

מרכיבים לתשלום

10000.00	מס	מס	מס
10000.00	מס	מס	מס

ויכוחים אישיים					
קוד	תאור	p	אסמכתא	מצטרף	יתרה

[illegible]

הדעות
תלוש שכר נשלח באימיל

למען מיצוי וכיבודך בביטוח האנוש נא לזרז שפרטיך האישיים
הרשומים בתמוש השכר זהים לפרטים המופיעים בתעודת הזהות

תלוש מספר 90 קוד גישה 7390

סמל	תאור	ק	מחלקה	תעריף	אחרז	כמות	לא לתשלום	לתשלום
06S8	שעות בפועל	ק				182.00		2300.00
0029	ש.נ גלובלי	ק						400.00
0040	דמי נסיעה	ק					22.00	
0075	ימי עבודה אינפוי	ק		1.00		22.00		
0081	דמי הבראה שנתיים	ק		418.00		3.50		
3000	ת.שכר נשלח באימי	ק				2.00		1463.00
4163.00								

מציטורים		תאור	ברוטו	חפרשה	אחוז	זקיפה
32.31	ש.מינימום לשעה	קצבה	15276	764	5.0	
5880.02	מינימום לחדש	קד"ש	10000	500	5.0	
15276	הכנסה מבוטחת					
	הכנסה פנוי					
	שכר פטור					
	בר. לגילום					
	ניכוי לסעיף 47					
545	נקי זיכוי					
	א. פיתוח					
	מס חכנסה					
210	זיכוי 35					
	זיכוי 25					
	זיכויים אחרים					
755	סח"כ זיכויים					



אישורי מס

תאור	תקופה	אחוז/בסיס	תקרת	אחוז

SYNEL LTD. _____

SYNEL LTD. תכנון וביצוע במערך השכר של
תל אביב, טלפון 03-7555100. חיפה, טלפון 04-8475400



[illegible]

ניכויים אישיים						
קוד	תאור	ק	אסמכתא	מצטבר	יתרה	ניכוי

חודשי עבודה													
סח"כ	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	% שולי
75										25	25	25	20.0

נכס תשלום 9643.50

תלוש מספר 98 קוד גישה 7390

מזכרים			
32.31	ש.מינימום לשעה	41208	ברוטו למס
5880.02	מינימום לחודש		ברוטו ח"פ
50427	הכנסה מבוסות		משמרות
	הכנסה פניח		שכר פטור
	ניכוי לסעיף 47		בר. לגילום
1634	נקי זיכוי 2.25		נטו לגילום
	א. פיתוח	3243	מס חכנסה
713	זיכוי 35	41208	ברוטו ב.ל.
	זיכוי 25		פריסה
0	זיכויים אחרים	1539	ב. לאומי
2346	ש"ח"ב זיכויים	1692	ב. בריאות

תל אביב, טלפון 03-7555100, חיפה, טלפון 04-8475400
SYNEL LTD. כנון וביצוע במערך השכר של



[illegible]

נוכחיים אישיים						
קוד	תאור	ק	אסמכתא	מצטבר	יתרח	ניכוי

חודשי עבודה													
% שולי	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	סכ"כ
20.0	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	

נמו תשלום
10064.00

פירוט התשלומים									
ק"ק	לתשלום	לא לתשלום	כמות	אחוז	תעריף	מחלקה	ק	תאור	סמל
	2300.00 400.00		182.00				ק	שעות בפועל	0658
		23.00	23.00		1.00		ק	ש.ג. גלובלי	0029
			2.00				ק	דמי נסיעה	0040
							ק	ימי עבודה אינפוי	0075
							ק	תשכר נשלח באימי	3000
	2700.00								

מצטברים					
תאור	ברוטו	חפרשת	אחוז	זקופה	
קצבה	145093	7255	5.0		32.31 ש.מינימום לשעה
קה"ש	118714	5936	5.0		5880.02 מניימם לחדש
אכושר	1847				145093 חכנשה מבוסות
					13507 חכנשה פגוח
					6534 ניכוי לסעיף 47
					2.25 נקי זיכוי
					א. פיתוח
					2493 זיכוי 35
					2646 זיכוי 25
					5144 זיכויים אחרים
					6213 סחי"כ זיכויים
					12085 מס חכנשה
					158600 ברוטו ב.ל.
					2646 פריסה
					5144 ב. לאומי
					6213 ב. בריאות

אישורי מס				
תאור	תקופה	אחוז/בסי	תקרה	אחוז

SYNEL LTD. תכנון וביצוע במערך השכר של
תל אביב, טלפון 03-7555100. חיפה, טלפון 04-8475400

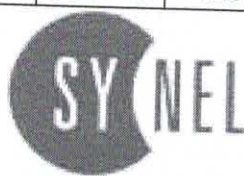


[illegible]

נכויים אישיים						
קוד	תאור	ק	אסמכונא	מצטבר	יתרה	ניכוי

חודשי עבודה														סה"כ
נכס לשלום	% שולי	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
9539.88	20.0	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25			250

מצטברים			
32.31	ש.מינימום לשעה	133200	ברוטו למס
5880.02	מינימום לחודש		ברוטו ח"פ
114541	הכנסה מבוטחת		משמרות
18659	הכנסה פנויה		שכר פטור
	ניכוי לשע"ף 47		בר. לגילום
5445	נקי זיכוי 2.25		נטו לגילום
	א. פיתוח	10282	מס חכנסח
2073	זיכוי 35	133200	ברוטו ב.ל.
	זיכוי 25	2646	פריסה
	זיכויים אחרים	4360	ב. לאומי
7518	סח"כ זיכויים	5229	ב. בריאות



חברה: מאגרים פרויקטים תקשורת טלקום ח.פ.511430704

תיק ניכויים: 935036863

תיק ב.לאומי: 935036863

כתובת: המשביר 12

חולון 5811801

אתר:

תפקיד:

עובד: פנחס בנימין

מס' עובד: 1006

חודש שכר

יולי 2024

מחלקה: תקשורת טלקום 1006

אגף:

תת מפעל: 005

כתובת: יסוד המעלה 4

הרצליה

מרכיבי שכר				תעריפים		נתונים אישיים										
9565.22	משכורת			382.61	תעריף יום	מס' קבוצה	מס' ארגון	כ"ן זוג	ילדים	מצב משפחתי	תעודת זהות	סניף / בנק	חשבון	תאריך לידה	תחילת עבודה	
				52.56	תעריף שעה	עובד	עובד	עובד	נ	56597321	12-628	631758	11/09/60	20/01/16		
				100	מ	1	0	כן								
				פרטי ותק												
						תקופת חישוב		לחישוב		תואר שני	קודם	בעבודה				
						01/07-31/07		8.06				8.07				
						שעות גיל		שעות אם	חיקף	בסיס	שעות	ימים	אחוז משרה			
										100	100	182	25	100.00		
9565.22 סח"כ מרכיבים						9565.22 מרכיבים לתשלום										

[illegible]

למען מ'ציד זכריות'ך בבית'ך הלאומי נא לנודא שפרס'ך האיש'ים
הרשומ'ם בתול'ש השכר ז'ה'ם לפרס'ם המופיע'ם בתעודת הזהות

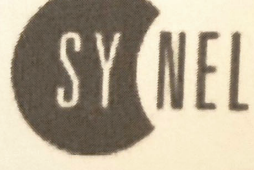
תלוש מספר 66 קוד גישה 7390

[illegible]

תאריך	תקופה	אחוז/בק	תקרת	אחוז

SYNEL LTD.

תל אביב, טלפון 03-7555100. חיפה, טלפון 04-8475400



SYNEL LTD. חכנת וביצוע במערך השכר של
תל אביב. טלפון 03-7555100. חיפה, טלפון 04-8475400

SYNEL

SYNEL LTD. תכנון וביצוע במחיר חסכוני של
תל אביב, טלפקס 03-7555100, חשבת, טלפקס 04-2475400

מישור מס				
מס	תקופה	מחזור/מק	תקופה	מס

SYNEL LTD. מכון וביצוע במערכת השכר של

04-8475400 חברה 01-7544100 מחלקת מכירות

שם חשבון	חשבון	סניף	בנק
פנחס ג'וס ובנימין	631758	628	12

אישור ניהול חשבון - אישור בעלות

לכבוד:	שם	מספר מזהה
	פנחס בנימין	056597321
	פנחס ג'ויס	011566908

בהתאם לבקשתך/בקשתכם הרינו מאשרים בזה כי הנך/הנכם מנהל/מנהלים אצלו חשבון עובר ושב מספר 631758 בסניף 628 מתאריך 09/09/1986.

כתובת החשבון: יסוד המעלה 4 הרצליה 46310

קוד מספר זה"ב (IBAN) לחשבון: IL360126280000000631758

מידע זה נדרש לשם קבלת מט"ח מבנק אחר או קבלת כספים באמצעות העברת זה"ב

בכבוד רב,
בנק הפועלים
הופק בערוצים ישירים