

# כרטיס עובד<sup>(1)</sup>



סמך/י ✓ בדיבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד<sup>(1)</sup>

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

שנת המס

טופס זה יכולא 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.  
{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

|                              |                         |            |                                       |
|------------------------------|-------------------------|------------|---------------------------------------|
| שם<br>הכשרה חברה לביטוח בע"מ | כתובת<br>המלאכה 6 חולון | מספר טלפון | מספר תיק ניכויים<br>9 3 5 3 6 5 6 9 2 |
|------------------------------|-------------------------|------------|---------------------------------------|

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)  
מספר זהות (9 ספרות) 05.8.6.2.07.117

|                      |                                 |                          |                             |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| שם פרטי<br>נח        | שם משפחה<br>מלך                 | תאריך לידה<br>08.03.1964 | תאריך עליה<br>7.5.4.3.1.1.0 |
| כתובת פרטית<br>החצית | מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.) | מספר<br>10               | תאריך עליה<br>7.5.4.3.1.1.0 |
| מין<br>זכר           | מצב משפחתי<br>נשוי/אה           | תושב ישראל<br>כן         | חבר קיבוץ/מושב שיתופי<br>כן |
| זכר                  | רווק/ה                          | לא                       | לא                          |
| נקבה                 | אלמן/ה                          | לא                       | לא                          |
| כתובת דואר אלקטרוני  | מספר טלפון                      | מספר טלפון נייד          | מספר טלפון                  |
|                      | 03 / 9519666                    | 050 / 5694949            |                             |

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספה תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסות ממעביד זה

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)                                                                                                                                                                                                                   | מספר זהות (9 ספרות)                                                                                                                                                                                                                                 | שם                                                                                                                                                                                                                                                  | מספר זהות                                                                                                                                                                                                                                           | תאריך לידה                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> משכורת חודש<br><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת<br><input type="checkbox"/> משכורת חלקית<br><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי)<br><input type="checkbox"/> קצבה<br><input type="checkbox"/> מלגה | <input type="checkbox"/> משכורת חודש<br><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת<br><input type="checkbox"/> משכורת חלקית<br><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי)<br><input type="checkbox"/> קצבה<br><input type="checkbox"/> מלגה | <input type="checkbox"/> משכורת חודש<br><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת<br><input type="checkbox"/> משכורת חלקית<br><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי)<br><input type="checkbox"/> קצבה<br><input type="checkbox"/> מלגה | <input type="checkbox"/> משכורת חודש<br><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת<br><input type="checkbox"/> משכורת חלקית<br><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי)<br><input type="checkbox"/> קצבה<br><input type="checkbox"/> מלגה | <input type="checkbox"/> משכורת חודש<br><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת<br><input type="checkbox"/> משכורת חלקית<br><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי)<br><input type="checkbox"/> קצבה<br><input type="checkbox"/> מלגה |

ה. פרטים על הכנסות אחרות

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

ו. פרטים על בן/בת הזוג

|                                 |                          |                         |                |            |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|------------|
| מספר זהות (9 ספרות)             | שם משפחה                 | שם פרטי                 | תאריך לידה     | תאריך עליה |
| מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) | אין לבן/בת הזוג כל הכנסה | יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: | עבודה/קצבה/עסק | הכנסה אחרת |

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

|              |       |              |               |
|--------------|-------|--------------|---------------|
| תאריך השינוי | פרטים | תאריך ההודעה | חתימת העובד/ת |
|              |       | / /          |               |
|              |       | / /          |               |
|              |       | / /          |               |

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י  $\sqrt{\text{בריבוע המתאים}}$ )

**י. הצהרה**

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעביד"** אדם המשלם משכורת. **"משכורת"** הכנסת עבודה, קיצבה, מענק פרישה או מוות. מילת וכו"ב.

(2) **"עבודה"** לרבות קבלת משכורת. משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.

(3) **"משכורת חודש"** 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 התחשב במשכורת בעד משרה נוספת.

(4) **"משכורת חלקית"** משכורת בעד משרה נוספת.

(5) **"שכר עבודה"** משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או פחות במשך יותר מ- 5 שעות ליום אך פחות מ- 8 שעות בשבוע.

(6) **"קצבה"** משכורת חלקית **נוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאי 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 שאי ינוכה מס לפי לוח הניכויים.

(7) **"אם העובד לא מילא משבצת זו"** מקצבה שהיא הכנסה יחידה **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.

(8) **"אם העובד לא מילא משבצת זו"** המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.

(9) **"אם העובד מילא משבצת זו"** המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.

(10) **"אם העובד לא מילא משבצת זו"** על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתכרות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.

(11) **"אם העובד לא מילא משבצת זו"** על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאבדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.

## טופס תביעת אי כושר עבודה

שם מגיש התביעה/מבוטח/סוכן/עו"ד: אליהו כר"ר  
כתובת: אגף ה"ד, רמת א  
טלפון: 03-7412358 פקס: 0773180983

## חלק א' - למילוי בידי המבוטח/התובע

|                                                                                                                         |                                                     |                                        |               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|-----|
| מספרי פוליסות:                                                                                                          |                                                     | (1) 377638 - 2                         | (2)           | (3) |
| <b>פרטי המבוטח:</b>                                                                                                     |                                                     |                                        |               |     |
| שם המשפחה                                                                                                               | שם הפרטי                                            | ת. זהות                                |               |     |
| סא"ר                                                                                                                    | יוסף חיים                                           | 058620717                              |               |     |
| רחוב                                                                                                                    | מס' בית                                             | יישוב                                  | מיקוד         |     |
| החרי"ת                                                                                                                  | 10                                                  | ראשון לציון                            | 7543110       |     |
| מס' טלפון בבית                                                                                                          | מס' טלפון נייד                                      |                                        |               |     |
| 03-9519666                                                                                                              | 050-5694949                                         |                                        |               |     |
| כתובת דוא"ל: Batyam30@gmail.com                                                                                         |                                                     |                                        |               |     |
| *הכתובת דרושה להעברת דיוורים / מידע ומסמכים (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) ביחס לתביעה ולמוצרי הביטוח שלך בקבוצת הכשרה. |                                                     |                                        |               |     |
| פרט השכלתך                                                                                                              | פרט לימודים/קורסים/תעודות/הסמכות/השתלמויות מקצועיות | קופת חולים                             | שם רופא משפחה |     |
|                                                                                                                         |                                                     | מכרז                                   | ז"ר סה"ס 38   |     |
| שם                                                                                                                      |                                                     | כתובת                                  | מס' טלפון     |     |
| הגאון ארנון ריטא                                                                                                        |                                                     | אגף ה"ד, רמת א                         |               |     |
| מקום עבודה אחרון                                                                                                        |                                                     | פרט כל עיסוקיך/מקומות עבודה בעבר והיכן |               |     |
| <input type="checkbox"/> עצמאי <input checked="" type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> בעל שליטה              |                                                     |                                        |               |     |

## פרטים על עבודה לפני אי כושר עבודה:

1. האם שינית את המקצוע/העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? ☐ כן / ☒ לא  
אם כן, נא פרט את המקצוע/העיסוק החדש

2. תאריך הפסקת עבודתך עקב האירוע: 31.8.25 פרט את שם המעסיק האחרון:

3. מסור תיאור מפורט על עבודתך ערב אי כושר העבודה:

4. במידה והיית מובטל/ת בעת מקרה הביטוח נא צייני/ עיסוקך בטרם תחילת תקופת האבטלה:

## 5. משכורת/הכנסה

**עצמאי**  
פרט את הכנסתך מיגיעה אישית מעסק ב-12 חודשים האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה:

**שכיר**  
פרט את משכורתך החודשית הממוצעת ב-12 החודשים לפני תחילת אי כושר העבודה:  
נא צרף 12 תלושי שכר לשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.

ש"ח לשנה 11,189

נא צרף אישור ר"ח/יועץ מס/מס הכנסה לגבי הכנסתך מיגיעה אישית מעסק בשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.

## פרטים על מקרה אי כושר העבודה:

1. אי כושר העבודה נגרם על ידי: ☒ מחלה ☐ תאונת עבודה ☐ תאונת דרכים ☐ תאונה אחרת. נא פרט:

2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? 31.8.25 תאריך פניה ראשונה לגורם רפואי: 31.8.25  
3. נא פרט את מהלך, נסיבות ותוצאות התאונה/מחלה: שלשום אגף-2, שלשום, התקלה במוח, יא, מחלה

4. נא פרט את הבעיות הרפואיות/התפקודיות מהן אתה סובל: גידול זרועות, איש, זנב, יונת, יא

5. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך? נא לפרט שם וכתובת: ר"ת החולים "אסתר" ד-ר, החל-ה/20/25

6. האם עברת בדיקות רפואיות, כולל כזיקות הדמיה? נא פרט (וצרף תוצאות הבדיקות):

7. האם היית או אתה עדיין מאושפז בבית חולים/בית החלמה? ☐ כן ☐ לא אם כן היכן:

| פרטים על עבודה לאחר תחילת אי כושר העבודה:                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|----|-------------|-------------------------------------------|
| <b>ד.</b>                                                                 | <p>1. האם שבת לעבודה מאז התאונה או מאז תחילת המחלה? <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם כן, באיזה תאריך: _____ באיזה היקף: _____ באיזה עיסוק: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                     |               |       |    |             |                                           |
|                                                                           | <p>2. מהי הכנסתך החודשית הנוכחית? _____ האם: <input type="checkbox"/> כשכיר <input type="checkbox"/> כעצמאי</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             |                                           |
|                                                                           | <p>3. האם עברת הכשרה מקצועית/שיקום מקצועי/תעסוקתי ומתי, נא פרט: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |       |    |             |                                           |
| <b>ביטוחים ותשלומים נוספים:</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             |                                           |
| <p>האם אתה מקבל או זכאי לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מאת:</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             |                                           |
| <b>ה.</b>                                                                 | זכויות לפיצוי                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | לא    | כן | הגורם המשלם |                                           |
|                                                                           | למשך זמן                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | סכום חודשי    |       |    |             |                                           |
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             | המעסיק (ציין שם המעסיק)                   |
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             | קרן פנסיה (ציין שם קרן הפנסיה)            |
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             | חברת ביטוח אחרת (ציין שם חברת הביטוח)     |
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             | ביטוח תאונות ו/או מחלות (ציין היכן)       |
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             | ביטוח כנפגע צד שלישי (ציין היכן)          |
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             | ביטוח לאומי (ציין כתובת סניף ביטוח לאומי) |
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             | מקור אחר (פרט)                            |
|                                                                           | <b>הצהרת המבוטח:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |       |    |             |                                           |
| <b>ו.</b>                                                                 | <p>אני הח"מ (המבוטח) _____</p> <p>מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מן החברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |       |    |             |                                           |
|                                                                           | <p>מאיר יוסף 58620717</p> <p>תאריך שם משפחה ופרטי מספר זהות חתימה</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |       |    |             |                                           |
| <b>פרטי חשבון הבנק:</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |       |    |             |                                           |
| <b>ז.</b>                                                                 | <p>נא ציין פרטי חשבון הבנק שלך וכן צרף צילום מהמחאה אישית או אישור ניהול חשבון בנק.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |       |    |             |                                           |
|                                                                           | <p>מנהל (א) סניף תל אביב (130) מספר חשבון - 109622</p> <p>שם הבנק מס' הבנק כתובת סניף הבנק מספר חשבון</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |       |    |             |                                           |
| <b>ח.</b>                                                                 | <p><b>מינוי הסוכן לטיפול בתביעה</b></p> <p>הנני מאשר/ת לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש להכשרה חברה לביטוח ולקבל מהכשרה חברה לביטוח בשמי ועבורי את כל התכונות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח/ת בהכשרה חברה לביטוח שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.</p> |               |       |    |             |                                           |
|                                                                           | תאריך                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | שם + שם משפחה | חתימה |    |             |                                           |
| <b>ט.</b>                                                                 | <p>באפשרותך לבחור את אופן ההודעה בדבר מהלך ובירור התביעה: <input type="checkbox"/> דואר <input type="checkbox"/> דואל אלקטרוני (דוא"ל)</p> <p>הפרטים האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.</p>                                                                                                                                                                                                             |               |       |    |             |                                           |
|                                                                           | <p>תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |       |    |             |                                           |