

כרטיס עובד⁽¹⁾



סמך/י ✓ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

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

שנת המס

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⁽¹⁾ 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 הכשרה חברה לביטוח בע"מ	כתובת המלאכה 6 חולון	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים 9 3 5 3 6 5 6 9 2
------------------------------	-------------------------	------------	---------------------------------------

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספה. 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) 0586207117	שם משפחה שם פרטי	תאריך לידה 08.03.1964	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)	כתובת פרטית החרי"ת	מספר	מספר טלפון נייד
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי
זכר	רווק/ה	כן	כן
נקבה	אלמן/ה	לא	לא
	פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)		
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר תיק ניכויים
	03 / 9519666	050 / 5694949	

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

סמך/י ✓ ליד שם הילד:	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך	בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל	תאריך לידה	מספר זהות	שם
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

(1) משכורת חודשית

(2) משכורת בעד משרה נוספת

(3) משכורת חלקית

(4) שכר עבודה (עובד יומי)

(5) קצבה

(6) מלגה

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

(1) משכורת חודשית

(2) משכורת בעד משרה נוספת

(3) משכורת חלקית

(4) שכר עבודה (עובד יומי)

(5) קצבה

(6) מלגה

אם יש לי הכנסה אחרת - נא סמך/י:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). אני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת

אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת

ו. פרטים על לבן/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 (סמן/י $\sqrt{\quad}$ בריבוע המתאים)

□ פהיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

דברי הסבר למילוי טופס 101

- | | | |
|------|------------------------------------|---|
| (1) | "עובד" יחיד המקבל משכורת. | "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכד"ב. |
| (2) | "עבודה" לרבות קבלת משכורת. | "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר. |
| (3) | משכורת חודש | - משכורת בעד עבודה של אף פחות מ - 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורת בעד עבודה של יותר מ - 18 יום בחודש. |
| (4) | משכורת בעד משרה נוספת | - משכורת כ"משכורת בעד משרה נוספת". |
| (5) | 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. |
| (6) | ישר עבודה | משכורת חלקית ינובה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינובה מס לפי לוח הניכויים. |
| (7) | קצבה | - משכורת בעד עבודה של פחות מ - 18 יום בחודש אך לא פחות מ - 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינובה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינובה מס לפי לוח הניכויים. |
| (8) | אם העובד לא מילא משבצת זו - | - מוקצב שהיה הכנסה יחידה ינובה מס לפי לוח הניכויים, אם יש הכנסות נוספות - ינובה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה, אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה. |
| (9) | אם העובד מילא משבצת זו - | - המעביד מונע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד. |
| (10) | אם העובד לא מילא משבצת זו - | - המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבת התשלומות לנכות 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 לקצבת התשלומות לנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה. |



טופס תביעת אי כושר עבודה

שם מגיש התביעה/מבוטח/סוכן עו"ד: אריאל סרני
 כתובת: אגף ה"ד, רמת גן
 טלפון: 03-7412358 פקס: 0773180983

חלק א' - למילוי בידי המבוטח/התובע

(1) 377638 - 2		(2)	(3)
מספרי פוליסות:			
פרטי המבוטח:			
שם המשפחה	השם הפרטי	ת. זהות	
מאיר	יוסף חיים	058620717	
רחוב	מס' בית	מיקוד	
התחזית	10	7543110	
מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד		
03-9519666	050-5694949		
כתובת דוא"ל: Batyam3@gmail.com			
פרטים אישיים:			
פרט השכלתך	פרט למזוינים/קורסים/תעודות/הסמכות/השתלמויות מקצועיות	קופת חולים	שם רופא משפחה
		מכרז	ד"ר סלמס 38
שם		כתובת	מס' טלפון
התאגדות ארצית רשאל		אגף ה"ד, רמת גן	
מקום עבודה אחרון		פרט כל עיסוק/מקומות עבודה בעבר והיכן	
☐ עצמאי ☒ שכיר ☐ 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: <u>31.8.25</u> פרט את שם המעסיק האחרון: _____			
3. מסור תיאור מפורט על עבודתך ערב אי כושר העבודה: _____			
4. במידה והיית מובטל/ת בעת מקרה הביטוח נא ציין/י עיסוקך בטרם תחילת תקופת האבטלה: _____			
5. משכורת/הכנסה:			
עצמאי	שכיר		
פרט את הכנסתך מיגיעה אישית מעסק ב-12 חודשים האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה:	פרט את משכורתך החודשית הממוצעת ב-12 החודשים לפני תחילת אי כושר העבודה:		
נא צרף אישור רו"ח/יועץ מס/מס הכנסה לגבי הכנסתך מיגיעה אישית מעסק בשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.	נא צרף 12 תלושי שכר לשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.		
ש"ח לשנה	ש"ח לשנה		
	11,189		
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? <u>31.8.25</u> תאריך פניה ראשונה לגורם רפואי: <u>31.8.25</u>			
3. נא פרט את מהלך, נסיבות ותוצאות התאונה/מחלה: <u>שלשום אגן-25, נשיית, התאמה בטיח רא"י מתוך 2'</u>			
4. נא פרט את הבעיות הרפואיות/התפקודיות מהן אתה סובל: <u>נזק לארומה, קושי בנשימה, קושי בנשימה, קושי בנשימה</u>			
5. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך? נא לפרט שם וכתובת: <u>ד"ר חיים - 20/5/25</u>			
6. האם עברת בדיקות רפואיות, כולל כזיקזקת הדמיה? נא פרט (וצרף תוצאות הבדיקות): _____			
7. האם היית או אתה עדיין מאושפז בבית חולים/בית החלמה? ☐ כן ☐ לא אם כן היכן: _____			

03/2022 גרסה

פרטים על עבודה לאחר תחילת אי כושר העבודה:				
1. האם שבת לעבודה מאז התאונה או מאז תחילת המחלה? ☒ כן ☐ לא				
אם כן, באיזה תאריך: _____ באיזה היקף: _____ באיזה עיסוק: _____				
2. מהי הכנסתך החודשית הנוכחית? _____ האם: ☐ כשכיר ☐ כעצמאי				
3. האם עברת הכשרה מקצועית/שיקום מקצועי/תעסוקתי ומתי, נא פרט: _____				
ביטוחים ותשלומים נוספים:				
האם אתה מקבל או זכאי לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מאת:				
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)
הצהרת המבוטח:				
אני הח"מ (המבוטח) _____				
מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מן החברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.				
תאריך שם משפחה ופרטי מספר זהות חתימה				
מאיר יוסף 58620712				
פרטי חשבון הבנק:				
נא ציין פרטי חשבון הבנק שלך וכן צרף צילום מהמחאה אישית או אישור ניהול חשבון בנק.				
מגיהז (א) סניף הטלפון (130) - מספר חשבון - 109622				
שם הבנק מס' הבנק כתובת סניף הבנק מספר חשבון				
מינוי הסוכן לטיפול בתביעה				
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 התכתובות 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.				
תאריך		שם + שם משפחה		חתימה
באפשרותך לבחור את אופן ההודעה בדבר מהלך ובידור התביעה: ☐ דואר ☐ דואל אלקטרוני (דוא"ל)				
הפרטים האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.				
תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____				