



לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת בקשה לקבלת קצבת שארים מקרן הפנסיה "מיטב פנסיה מקיפה" ו/או "מיטב פנסיה כללית".
כל האמור לעיל בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה.
את המסמכים החתומים ניתן להחזיר בהתאם למפורט להלן:

באמצעות הדואר: למשרדי החברה "מיטב" מגדל צ'מפיון דרך ששת הימים 30, ת.ד. 2442 בני ברק - לידי תביעות פנסיה.

באמצעות דוא"ל: T.P@Meitav.co.il

בעת שליחת המסמכים לכתובת הדואר האלקטרוני יש לשלוח את הקבצים בפורמט של PDF בלבד.

במהלך קבלת קהל: משרדי "מיטב" מגדל צ'מפיון, דרך ששת הימים 30, קומה 23.

טלפון: 03-7903717 או *3366 שלוחה 3.

שעות קבלה ומענה טלפוני: 8:30-17:00.

אנו משתתפים בצערך,

ועומדים לשירותך לצורך מתן הבהרות נוספות, ככל שיידרש.

בברכה,

**צוות תביעות פנסיה
מיטב גמל ופנסיה בע"מ**

הליך ברור וישוב תביעת קצבת שארים

אגרת זו מפרטת את הליך ברור וישוב התביעה בהתאם לקבוע בהוראות חוזר גופים מוסדיים 9-9-2016 ובהתאם למערכת הכללים שנקבעה על ידי החברה והמפורסמת באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.meitav.co.il (להלן: "מערכת הכללים").

עם קבלת התביעה במשרדי החברה, תנקוט החברה את מרב המאמצים לברור מהיר ויעיל של התביעה בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה.

"שאריו של העמית" הנם:

- אלמנה
- ידועה בציבור, שהוכרה ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת או בהתאם להחלטת חברה המנהלת
- יתומים עד גיל 21
- בן עם מוגבלות
- בן נבחר עם מוגבלות
- הורה נתמך
- * הכל בכפוף להגדרות בתקנון הקרן.

"עמית מבוטח" - עמית שיש לו כיסוי ביטוחי לסיכונים נכות ו/או כיסוי ביטוחי לסיכונים מוות במועד האירוע.
"עמית לא מבוטח" - עמית שאין לו כיסוי ביטוחי במועד האירוע.

תנאי הזכאות לקצבת שארים של עמית מבוטח:

1. הסתיימה תקופת אכשרה*, ככל הנדרש טרם מועד הפטירה;
2. פטירת העמית המבוטח לא נגרמה כתוצאה מאירוע או מחלה אשר הוחרגה בהליך החיתום הרפואי של העמית.
3. במועד הפטירה העמית המבוטח וטרם הגיע לגיל תום תקופת הביטוח;
4. העמית המבוטח לא ויתר על כיסוי ביטוחי לשארים או כיסוי ביטוחי לבת זוג, לפי העניין.

התביעה לקבלת קצבת שארים הוגשה לחברה המנהלת בתוך שבע שנים ממועד האירוע המזכה.

תקופת אכשרה*

- 60 חודשי ביטוח רצופים החל מחודש ההצטרפות או חידוש הביטוח, לפי המאוחר, ועד למועד האירוע המזכה. תקופת האכשרה כאמור תחול בשל אירוע מזכה הנובע מתאונה, מחלה, מום או כל מצב רפואי שאירעו או החלו, לפי קביעת הגורם הרפואי, לפני מועד הצטרפות העמית לקרן או לפני חידוש מעמדו כעמית מבוטח בקרן, לפי המאוחר.
- 12 חודשי ביטוח רצופים החל מחודש ההצטרפות או חידוש הביטוח, לפי המאוחר, ועד למועד האירוע המזכה. תקופת האכשרה בשל אירוע מזכה הנובע מניסיון התאבדות.

תקופת הזכאות:

מועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת שאירי עמית יהא ה- 1 לחודש העוקב לחודש פטירת העמית.

תום הזכאות לקצבת שאירי עמית יהיה במועדים הבאים, לפי העניין:

לגבי אלמן - היום האחרון בחודש פטירתו, אף אם נישא מחדש.

לגבי יתום - עד להגעתו לגיל 21.

בן עם מוגבלות - בתום החודש בו חדל להיות שאיר בהתאם להגדרה הקבועה בתקנון הקרן.

לגבי בן נבחר עם מוגבלות - היום האחרון בחודש פטירתו.

תקופת תשלומים מובטחים לאלמן/ה:

אלמן של עמית הזכאי לקצבה, יהא זכאי לתשלומים מובטחים לתקופה של עד 240 חודשים, ובלבד שגילו של האלמן בתום תקופת התשלומים המובטחים לא יעלה על 87.

נפטר אלמן לפני תום תקופת התשלומים המובטחים, תשלם החברה המנהלת את הערך המהווה של יתרת חודשי הקצבה בתשלום חד פעמי לידי המוטבים של האלמן, ובאין מוטבים - לידי היורשים של האלמן.

אופן חישוב קצבת השארים הכוללת של עמית מבוטח:

שכר הקובע של העמית המבוטח X שיעור הכיסוי הביטוחי (נקבע בהתאם למסלול הביטוח של העמית המנוח).

אופן חישוב קצבת שארים של עמית לא מבוטח (עמית ללא כיסוי ביטוחי לסיכוי מוות):

קצבת אלמן הינה = $\frac{\text{חלק יחסי של האלמן ביתרה הצבורה}}{\text{מקדם המרה}}$ *

קצבת יתום הינה = $\frac{\text{חלק יחסי של היתומים ביתרה הצבורה}}{\text{מקדם המרה}}$ *

*מקדם המרה נקבע לפי נתונים אישיים של כל שאר כגון גיל, מין וכדומה.

בכפוף להוראות תקנון הקרן התביעה תתיישן לאחר 7 שנים ממועד האירוע המזכה (כהגדרתו בתקנון הקרן). לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

תהליך תביעה



התקנון הרלוונטי לטיפול וישוב התביעה, יהיה בהתאם לתקנון שהיה תקף במועד האירוע המזכה של אותה תביעה. התנאים המלאים מפורטים בתקנון הקרן וככל שיטונה סתירה בין האמור בתקנון הקרן לבין האמור בטופס זה, יחולו הוראות התקנון כפי שיהיה בתוקף מעת לעת.

להלן מסמכים הנדרשים:

- טופס בקשה לתשלום קצבת שארים מלא על כל סעיפיו וחתום.
- תעודת פטירה של העמית.
- צו ירושה או צוואה בצירוף צו קיום צוואה.
- צילום קריא של תעודת זהות עבור כל אחד משארים לרבות ספח פתוח, בתעודת זהות ביומטרית נדרש להעביר צילום של שני צדי התעודה (עבור כל שאר מעל גיל 18).
- ידועה/ה בציבור של המנוח: מי שערכאה שיפוטית מוסמכת הכירה בו כידועה/ה בציבור או מי שהחברה המנהלת הכירה בו כידועה/ה בציבור של עמית בכפוף לכך שהמוסד לביטוח לאומי הכיר בו כידועה/ה בציבור של עמית, לפי כך יש להמציא הכרה ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת / ביטוח לאומי כידועה/ה ולמלא טופס "הצהרת ידועים בציבור".
- צילום קריא של תעודת זהות של המנוח לרבות ספח פתוח, בתעודת זהות ביומטרית נדרש להעביר צילום של שני צדי התעודה (במידה וקיים).
- אישורים המעידים על סיבת המוות: סיכום אישפוז/ דוח משטרה/ דוח מד"א/ מסמכים רפואיים נוספים/ הודעת פטירה.
- כתב ויתור על סודיות רפואית המצורף לסט התביעה מלא וחתום.
- צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון עבור כל שאר מעל גיל 18.
- טופס 0101/130 - כרטיס עובד המצורף לסט התביעה מלא וחתום עבור כל שאר, במידה והשארים קטינים ימולא על ידי האפוטרופוס.
- במידה וקיימת הכנסה נוספת מקצבת שארים ממקור שאינו ביטוח לאומי יידרש אישור תאום מס, אחרת נאלץ לנכות מס מרבי מקצבתך במידה ותאושר.
- ככל שהנך מיוצג ע"י עו"ד, יש להעביר טופס ייפוי כוח של הקרן כולל צילום תעודת זהות של עו"ד / רישיון עו"ד. ככל שלא יתקבל ייפוי כוח תקין, טיפול בתביעה יתנהל מול מגיש התביעה בלבד.
- במקרה ותביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס שמונה לשאר, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס כולל צילום תעודת זהות של האפוטרופוס.

**לתשומת ליבך, הקרן רשאית לדרוש מהעמית פרטים ומסמכים נוספים בהתאם לצורך.
כל עיכוב במסירת מידע או מסמכים הדרושים עלול לגרום לעיכוב בבירור תביעתך.**

טופס בקשה לתשלום קצבת שארי עמית מבוטח

פרטי המנוח				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי				
<input type="checkbox"/> נשוי / <input type="checkbox"/> רווק / <input type="checkbox"/> גרוש / <input type="checkbox"/> אלמן / <input type="checkbox"/> ידוע בציבור				

אופן קבלת דיוורים מהחברה:

דואר ישראל

מייל:

תאריך פטירה: _____

סיבת המוות	
<input type="checkbox"/> מחלה	<input type="checkbox"/> תאונת דרכים
<input type="checkbox"/> התאבדות	<input type="checkbox"/> תאונה
<input type="checkbox"/> אחר	

פרטי שארים				
אלמנה / ידועה בציבור				
<input type="checkbox"/> אלמנה - מי שהיה נשוי/אה לעמיתה וגרה עמו/ה טרם פטירתה.				
<input type="checkbox"/> ידועה בציבור - מי שהוכר כידוע בציבור לפי החלטת ערכאה שיפוטית מוסמכת או לפי החלטת החברה המנהלת בכפוף לכך שהמוסד לביטוח לאומי הכיר בו כידוע בציבור, ובלבד שהתגורר וניהל עמו משק בית משותף במשך שנה לפחות ברציפות לפני פטירתו ועד פטירתו, או שנולד להם ילד משותף (נדרש להמציא הכרה ע"י ערכאה שיפוטית מוסמכת / ביטוח לאומי כידועה בציבור ואסמכתאות נוספות ככל שיידרשו).				
ככל שמעמדך הינו ידוע בציבור, נדרש למלא הצהרת "ידוע בציבור" ולצרף מסמכים כנדרש.				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת		כתובת דואר אלקטרוני		טלפון

פרטי יתומים				
יתום - ילד של עמית שנפטר, שטרם מלאו לו 21 שנים (כולל ילד המאומץ כחוק / בן החורג של עמית, ובלבד שכל פרנסתו הייתה על העמית ערב פטירתו)				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת		כתובת דואר אלקטרוני		טלפון
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת		כתובת דואר אלקטרוני		טלפון
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת		כתובת דואר אלקטרוני		טלפון
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת		כתובת דואר אלקטרוני		טלפון

בן עם מוגבלות

ילדו של עמית מבוטח, שהמוסד לביטוח לאומי הכיר לראשונה בזכאותו לקצבת נכות כללית בהתאם לפרק ט' בחוק הביטוח הלאומי (להלן - קצבת נכות כללית) לאחר מועד הצטרפותו של העמית לקרן אך בטרם הגיעו של הבן לגיל 21, ובלבד שאינו מסוגל לכלכל את עצמו וזאת כפי שמוגדר בתקנון הקרן.
נדרש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על המצב הבריאותי, אישורים מהמוסד לביטוח לאומי ואישור הכנסות של הבן עם המוגבלות.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת	כתובת דואר אלקטרוני			טלפון

בן נבחר עם מוגבלות (רלוונטי לקרן מקיפה בלבד)

ילדו של עמית מבוטח, שמחמת מצב בריאותו אינו מסוגל לכלכל את עצמו ושהעמית המבוטח רכש בשלו זכות לקצבה בהתאם למוגדר בתקנון הקרן.
נדרש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על המצב הבריאותי של הבן עם המוגבלות.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת	כתובת דואר אלקטרוני			טלפון

הורה

הורה ביולוגי או מאמץ כחוק, של עמית מבוטח שנפטר או הורה ביולוגי או מאמץ כחוק, של בן זוג של עמית מבוטח שנפטר אשר היה סמוך על שולחנו של העמית המבוטח במועד פטירתו ואינו מסוגל לכלכל את עצמו ואין להורה הכנסה ממקור אחר, פרט לגמלת הבטחת הכנסה או קצבת נכות כללית בהתאם לפרק ט' בחוק הביטוח הלאומי.
נדרש לצרף אישורים בהתאם.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת	כתובת דואר אלקטרוני			טלפון
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת	כתובת דואר אלקטרוני			טלפון

פרטי חשבון בנק שארים (אלמנה/ אפוטרופוס, הורים, יתומים מעל גיל 18)

מספר זהות	שם פרטי ושם משפחה של השאר	שם הבנק	מספר סניף	מספר חשבון

תשלום הקצבה ליתומים קטינים ישולם באמצעות אלמנה. אם אלמנה אינו ההורה של היתומים, תשלום הקצבה ישולם באמצעות אפוטרופוס שמונה כדין.

היוון קצבת אלמנה/ (אופציונלי)

אלמן של עמית הזכאי לקצבה בהתאם לתקנון רשאי להוון שיעור של עד 25% מקצבת השארים לה הוא זכאי לתקופה של עד חמש שנים, ובלבד שסכום הקצבה שישולם לו לאחר ההיוון לא יהיה נמוך מסכום הקצבה המזערי (כהגדרתו בסעיף 23 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, כפי שהיה במועד תשלום הקצבה הראשונה).

שם האלמן/ה: _____ מספר ת.ז.: _____
ברצוני להוון % _____ (עד 25%) מהקצבה לתקופה של _____ שנים (עד 5 שנים).
לתשומת לבך, לאחר מועד תשלום קצבת השארים הראשונה לא תוכל לחזור מבקשתך להיוון.

היוון קצבת יתום/ה, כאשר אין אלמנה/ (אופציונלי)

יתומים שגילם מעל 18 שנים במועד פטירת העמית וטרם מלאו להם 21 שנים ואף אחד מהם אינו בן עם מוגבלות ו/או בן נבחר עם מוגבלות **והעמית לא הותיר אחריו אלמנה**, יהיו היתומים כאמור, זכאים לוותר על זכאותם לקצבת שארים ולקבל את סכום הקצבה המהווה בתאם לפרטי היתום הרלוונטי.
ברצוני לוותר על זכותי לקבל קצבת שארים ולקבל את סכום הקצבה המהווה כסכום חד פעמי.

שם השאר (מעל גיל 18): _____, ת.ז. _____
שם השאר (מעל גיל 18): _____, ת.ז. _____
שם השאר (מעל גיל 18): _____, ת.ז. _____
לתשומת לבך, לא תוכל לחזור מבקשת היוון הקצבה לאחר קבלת סכום ההיוון.

מוטבים לתקופת תשלומים מובטחים לאלמן/ה

אפשרות זו קיימת רק במידה ותאריך הפטירה חל החל מיום 01/06/2018.

אלמן/ה של העמית, הזכאי/ת לקצבה, יהא זכאי/ת לתשלומים מובטחים לתקופה של 240 חודשים, ובלבד שגילו/ה בתום התקופה לא יעלה על 87.

אפשרות זו קיימת במידה ותאריך הפטירה חל עד ליום 31/05/2018.

אלמן/ה יוכל לבחור בפנסיה כולל תקופת הבטחת תשלומים שאורכה 60 או 120 או 180 חודשים ובלבד שגיל האלמן/ה בתום תקופת התשלומים לא יעלה על 87.

ללא תקופת הבטחה 60 תשלומים מובטחים 120 תשלומים מובטחים 180 תשלומים מובטחים 240 תשלומים מובטחים

במקרה של פטירת האלמן/ה לפני תום תקופת התשלומים המובטחים, ישולם הערך המהוון של יתרת חודשי הקצבה בתשלום חד פעמי למוטבים, ובהיעדר מוטבים ליורשים.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	כתובת מגורים	תאריך לידה	מין	קרבה לאלמן/ה	חלק יחסי ב-100% מתוך
							נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
							נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
							נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
							נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		

זכאות לקצבה מקרן פנסיה חדשה נוספת

האם במועד הפטירה, המנוח היה מבוטח בקרן פנסיה חדשה נוספת? לא, כן. במידה וכן נא ציין: שם קרן הפנסיה.

פרטי המעסיק אשר הפקיד לקרן הפנסיה הנוספת: _____

מינוי בעל רישיון לטיפול בתביעה

הנני מאשר לבעל רישיון מספר _____, גב'מר _____, דוא"ל _____, טלפון נייד: _____, לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש למיטב או לקבל ממיטב על כתיבת ו/או מסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לצורך התביעה.

תאריך _____ חתימה _____

לידיעתך, בקשתך תטופל בהתאם לזכאותך לפי התקנון הרלוונטי.

התנאים המלאים היום התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון הקרן לבין האמור בטופס זה, יחולו הוראות התקנון כפי שיהיה בתוקף מעת לעת.

הצהרה והתחייבות

- הריני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בבקשה זו הם נכונים, מדויקים ומלאים והנני אחראי לאמיתותם ומתחייב להודיעכם בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה.
- מלבד השארים שפרטיהם מולאו בטופס זה, המנוח לא השאיר אחריו שארים זכאים נוספים על פי תקנון הקרן.
- ידוע לי כי הנהלת החברה המנהלת תהא רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בקרן, כולם או מקצתם, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.
- ידוע לי כי לאחר תחילת קבלת הפנסיה, לא אוכל לשנות את בחירתי כפי שמסרתי בטופס זה.
- הנני מאשר ונותן לכך בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות הפרטים שמסרתי וששמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי כי אם יתברר בעתיד כי בטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אזי תהא הקרן רשאית לבצע התאמות נדרשות ולקזז התשלום מתשלום הקצבה ו/או מכל סכום לו הנני זכאי או זכאים לו שארי/ מוטביו/ ירשתי וזאת מבלי לגרוע מזכותה של הקרן להיפרע כדי התשלום ששולם לי בטעות, על פי כל דין.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי, לשארי/ מוטביו/ ירשתי, כל חוב הרשום על שמי ו/או של הרשומים לעיל.
- ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה ו/או אחר המגיע לי ו/או שארי/ מוטביו/ ירשתי את מלוא המיסים ו/או ההיטלים וכל חובת תשלום אחרת בהתאם לתקנון ולהוראות הדין כפי שיהיו מעת לעת, הנובעים ו/או המוטלים על המבוטח ו/או שאריו ו/או מוטביו ו/או ירשיו בנין תשלום של הקרן אליהם.
- ידוע לי, כי במידה וקצבת שארים לה זכאים כלל השארים נמוכה מקצבת מינימום (פנסיה שאינה עולה על 5% מהשכר הממוצע במשק) החברה המנהלת רשאית לגבות דמי ניהול בשיעור של עד 6% מההפרש שבין סכום קצבת המינימום לבין הקצבה לה זכאים השארים.

על מקבל קצבה השהה מחוץ לישראל למשך תקופה רצופה העולה על שישה חודשים, ליידע את החברה המנהלת על כך. כמו כן, יהיה על מקבל הקצבה להמציא לידי החברה המנהלת אישור חיים, לאחר קבלת דרישה מהחברה המנהלת, וכן למסור פרטים ליצירת קשר עמו בתקופת שהותו מחוץ לישראל.

_____ X
חתימה **שם פרטי ומשפחה של שאר (מעל גיל 18)**

_____ X
חתימה **שם פרטי ומשפחה של שאר (מעל גיל 18)**

_____ X
חתימה **שם פרטי ומשפחה של שאר (מעל גיל 18)**

_____ X
חתימה **שם פרטי ומשפחה של שאר (מעל גיל 18)**

תאריך

הצהרת ידועים בציבור

1. פרטי המבקש הכרה כידוע בציבור			
שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	
		מצב משפחתי בת.ז.*	
		<input type="checkbox"/> נשוי / <input type="checkbox"/> רווק / <input type="checkbox"/> גרוש / <input type="checkbox"/> אלמן	
יישוב	רחוב	מס' דירה	מס' בית
			מיקוד
דואר אלקטרוני			

*ככל שקיים תאריך תחילת שינוי הסטטוס בת.ז., יש לציין:

בהתאם לתקנון הקרן, ככל ולא הוכרת כידוע בציבור על ידי ערכאה שיפוטית מוסמכת, אך הוכרת כידוע בציבור על ידי הביטוח הלאומי, ההחלטה בדבר ההכרה כידוע בציבור הינה של החברה המנהלת. לכן בהתאם, אם נולד/ו לכם ילדים משותפים אנו מלא את סעיף 2 בלבד. אם לא נולד/ו לכם ילדים משותפים אנו מלא את סעיפים 3 ו-4 בלבד.

נדרש לצרף אישור מביטוח לאומי על הכרה כ"ידוע בציבור".

2. ילדים משותפים (יש לפרט את מספר ת.ז. של הילדים המשותפים, שם מלא ותאריך לידה)			
שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה

3. בקשת הכרה כידוע בציבור

יש לענות על השאלות הבאות:

- ממתי התחלתם לחיות ביחד? _____ / _____ / _____, ממתי הייתם מוכרים בכני זוג? _____ / _____ / _____
- כתובת המגורים המשותפת: _____ יישוב: _____ רחוב: _____ מס' דירה: _____ מס' בית: _____ מיקוד: _____
- האם מתנהלת או עומדת להתנהל תביעה כלשהי הקשורה במישרין או בעקיפין למעמדכם כידועים בציבור? _____
 אם כן - פרט: מספר תיק: _____, ובאיזה בית משפט: _____
יש לצרף אסמכתאות מתאימות (העתקים של כתבי בית דין, פרוטוקולים והחלטות שניתנו).
 אם לא - פרט מדוע לא? _____

4. יש לצרף את המסמכים הבאים	
אסמכתא לעניין מגורים משותפים וניהול משק בית משותף	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
צילום עדכון כתובת בתעודת זהות הכולל ספח פתוח	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם יש ברשותכם נכסים משותפים? ככל שכן יש לצרף נסח טאבו	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם שכרתם דירה יחדיו - יש לצרף חוזה שכירות אחרון וכן חוזי שכירות קודמים עליהם הנכם חתומים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אסמכתאות לחשבון בנק משותף, ככל שקיים. ככל שלא - הסבר מדוע לא קיים?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
הסכם ממון או צוואה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
חשבונות מים, חשמל, גז, טלפון וחשבונות נוספים הנוגעים לניהול משק הבית בכתובת המגורים המשותפת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אישורים או קבלות על רכוש או ציוד משותף	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
הצהרות עדים אשר מכירים את בני הזוג ויכולים להעיד על מערכת היחסים הזוגית הכוללת ניהול משק בית משותף	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

לאחר שליחת מלוא המסמכים והאסמכתאות הדרושות, יש להמתין להחלטת החברה המנהלת כמו כן, יש לצרף נספחי ת.ז. של שני ההורים עם פירוט הילדים המשותפים

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, שאיר של המנוחה/ה (שם המנוחה/ה) _____ נושא ת.ז. _____ (של המנוחה/ה) מס' _____ שנפטר ביום _____ נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיה, עובדיה, ו/או מי מטעמו, ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי, ו/או לצבא להגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעותי ו/או למקומות עבודתו/ה של המנוחה/ה בעבר ו/או כל אדם ו/או כל גוף אחר אשר ברשותו מידע על מצבו/ה הבריאותי של המנוחה/ה, ו/או הסוציאלי, ו/או הנפשי, ו/או הפסיכיאטרי, ו/או מצבו/ה של המנוחה/ה בתחום הסייעותי, ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחלה/תה בה המנוחה/ה בעבר (להלן למען הנוחיות: "המידע"), למסור למיטב גמל ופנסיה בע"מ (להלן: "המבקש"), ולמי מטעמה, את כל המידע המצוי בידיהם ובאופן שיידרש על ידי המבקש.

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 אודות המנוחה/ה שברשותם ובכל הנוגע למידע בדבר תשלומים ששולמו למנוחה/ה על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון.

הנני מוותר בזאת על סודיות כלפי המבקש, ולא תהיה לי אל 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 למבקש.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו במנוחה/ה, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם	מספר ת.ז.
מען	שם קופת החולים של המנוחה/ה
סניף	רופא מטפל של המנוחה/ה
תאריך**	חתימה

עד לחתימה* חובה לחתום על כתב זה בפני עד

שם עד לחתימה	מספר ת.ז. עד
מספר רישיון	חותמת + חתימת העד
תאריך**	

*עד לחתימה יכול להיות אחד מאלה המפורטים: עו"ד, רופא, עובד בנק, עובד סוציאלי או סוכן ביטוח (עבור חתימת סוכן ביטוח יש לצרף רישיון סוכן ביטוח)
**תאריך חתימת העד חייב להיות זהה לתאריך חתימת העמית, יש לחתום על הטופס בפני עד לחתימה.
*** יש להקפיד על כך שהחותמת תכלול את מספר הרישיון הברור של מאמת החתימה

* במידה ומיפנה הכוח הנו עורך דין, ניתן להעביר צילום רישיון עורך דין עדכני, במקום צילום ת.ז של מיפנה הכוח.

דברי הסבר למילוי טופס 101 "כרטיס עובד"

מקבל/ת קצבה יקר/ה,

על פי הנחיות רשות המיסים, נדרש כל מקבל קצבה למלא טופס 101 בראשית כל שנת מס (שנת מס לענין מס הכנסה מתחילה ב-1 בינואר כל שנה).

כל מקבל קצבה לרבות קטינים מחויב למלא טופס זה.

על סמך הנתונים אותם ממלא העובד בטופס 101, נקבעות נקודות הזיכוי המגיעות לו וכן שיעור המס השולי.

על פי תקנות מס הכנסה, בהיעדר מילוי הטופס, המעביד מחויב לנכות את המס המירבי.

להלן הדגשים למילוי הטופס:

1. יש לציין את שנת המס בחלקו העליון של הטופס.

2. סעיף א': פרטי מעביד - אין למלא סעיף זה.

3. סעיף ב': פרטי עובד - פרטיו האישיים של מבקש הקצבה.

4. סעיף ג': פרטי ילדים עד גיל 19 - יש למלא רק במידה ויש ילדים מתחת לגיל 19.

5. סעיף ד': פרטים על הכנסות ממעביד זה - יש לסמן "קצבה".

6. סעיף ה': פרטים על הכנסות נוספות -

- במידה והקצבה ממיטב דש הינה הכנסה היחידה יש לציין זאת.

- במידה ויש הכנסות נוספות יש לציין זאת ולפרט את סוג ההכנסה.

שים לב כי קצבאות זקנה שארים או נכות המשולמות

ע"י ביטוח לאומי אינן נחשבות כהכנסה נוספת ואותן אין

צורך לציין בסעיף זה.

אם ציינת כי יש לך הכנסה נוספת יש לפנות לפקיד שומה

על מנת לבצע תיאום מס, אחרת ינוכה מקצבתך מס מירבי.

7. סעיף ו': פרטים על בן/בת זוג - פרטים אישיים של בן/בת זוג במידה ויש.

8. סעיף ז': דף 2 (מאחור) הצהרת מקבל קצבה - חובה לחתום ולציין תאריך.

ה. פרטים על הכנסות אחרות

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

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני 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 מפרישים עבורי לקרן השתלמות בנין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בנין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)

אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בנין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות

כרטיס עובד (1)



סמ"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 ימלא 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	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

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)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)		כתובת פרטית		
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון	מספר טלפון נייד	
		/	/	

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

סמ"י / ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל	1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה				
<p>אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)</p> <input type="checkbox"/> משכורת חודש(2)	<p>אין לי הכנסות אחרות ממעביד (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה(1)</p> <p>יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:</p> <input type="checkbox"/> משכורת חודש(2)	<p>שכר עבודה (עובד יומי)(5)</p> <input type="checkbox"/> שכר עבודה(5)	<p>משכורת בעד משרה נוספת(3)</p> <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת(3)	<p>קצבה(6)</p> <input type="checkbox"/> קצבה(6)	<p>מלגה(1)</p> <input type="checkbox"/> מלגה(1)				
						<p>אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמ"י:</p> <input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת(7)	<p>אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו(8)</p>	<p>אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת(9)</p>	<p>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(10)</p>

חובה להשלים את מקור הקצבה

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות)		יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת		

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

תאריך השינוי	פרטי ה	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

ה. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמך/י √ בריבוע המתאים)

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת 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.

3 אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה (13) מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 11312 א.

4 אני עולה חדש/ה מתאריך _____.
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. **חובה לצרף:** תעודת עולה.

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 עיוורת/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית (11) 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 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד (12).
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .

8 בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד (12).
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ .

9 אני הורה יחיד (12) לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 אני הורה ל _____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם 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. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.

12 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

13 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

14 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

15 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות 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 (1) כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)		
			מספר תיק ניכויים	כ ת ו ב ת	ש ם
(ל פ י ה ת ל ו ש י ם)					

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 בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור משלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) 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 תחשב
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד משרה נוספת. 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 - 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 - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי הפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי הפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושהורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מוכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.