

## דף הסבר להגשת בקשה לקבלת קצבת נכות

### עמית/ה יקר/ה,

על מנת להקל, ככל הניתן, על תהליך הגשת בקשה לקבלת קצבת נכות ועל מנת שנוכל לטפל בבקשתך בצורה יעילה ומהירה, אנא העבר אלינו את כל המסמכים הנדרשים להלן:

1. טופס תביעה לנכות מלא וחתום.
2. צילום ת.ז. כולל ספח פתוח. בעלי ת.ז. ביומטרית - יש להעביר צילום ת.ז. ביומטרית משני הצדדים.
3. צילום המחאה או אישור ניהול חשבון בנק בו מצויין שם העמית, מספר ת.ז. ופרטי החשבון.
4. אישורי מחלה ו/או תעודות רפואיות לתקופה רציפה של 91 ימים לפחות החל מועד האירוע.
5. מסמכים רפואיים התומכים בבקשת העמית לאובדן כושר עבודה החל ממועד האירוע, לרבות סיכומי אשפוז, סיכום מחלה מרופא מטפל, מעקב רפואי, בדיקות וטיפולים שבוצעו.
6. בתביעה עקב שמירת היריון, יש לצרף אישור רופא מטפל על הסיבה לשמירת היריון והערכה למועד הלידה המשוער. במידה וכבר ילדת יש לצרף אישור לידה.
7. כרטיס עובד (טופס 101) - מלא וחתום לשנת המס הנוכחית. מצורף לערכה זו דף הנחיות למילוי וכן טופס 101.
8. טופס ויתור סודיות המצורף לערכת התביעה, מלא וחתום על ידי העמית ומאומת ע"י עד חתימה.
9. במקרה של קבלת תשלום מהמוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון: (במקרה בו הנכות נגרמה מפגיעה בעבודה ו/או מחלת מקצוע כמוגדר בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה 1995, או מאירוע המזכה בגמלה בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט 1959 (נוסח משולב), או מפעילות איבה כמוגדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה 1970, או מאירוע מזכה בגמלה בהתאם לחוק המשטרה (נכים ונספים) תשמ"א 1981 או מאירוע מזכה בגמלה בהתאם לחוק שירות בתי הסוהר (נכים ונספים) תשמ"א 1981).
- יש לצרף אישורים מהמוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון, הכוללים - דמי פגיעה ששולמו, אחוזי נכות שנקבעו, פירוט תשלומים שבוצעו, פירוט השכר לפיו בוצע החישוב, פרטוקולים הכוללים את אחוזי הנכות שאושרו. ככל ותביעתך נדחתה ע"י המוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון, יש להמציא את הודעת הדחיה.
10. אישורים על הכנסות: שכיר - 12 תלושי שכר שקדמו למועד האירוע. ככל וקיבלת שכר אחרי מועד האירוע המזכה, יש לצרף בנוסף תלושי שכר החל מחודש האירוע ועד ליום הגשת התביעה. עצמאי - אישור מראה חשבון המפרט את הכנסותיך ב-12 החודשים שקדמו למועד האירוע. ופירוט הכנסותיך החל ממועד האירוע ועד ליום הגשת תביעה - ככל והמשכת להשתכר לאחר מועד האירוע.
11. טופס הצהרת מעסיק המצורף לערכת התביעה, מלא וחתום ע"י המעסיק.
12. ככל שבתקופת הנכות הנך מקבל תשלומי דמי אבטלה מאת המוסד לביטוח לאומי, יש לצרף פירוט תקופות שאושרו ופירוט התשלומים ששולמו.
13. עבור אשה נשואה שאינה עובדת - טופס 619 של הביטוח הלאומי "פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה".

### אופן הגשת המסמכים

את טפסי התביעה החתומים בצרף המסמכים הרלוונטיים לבקשה יש להעביר לחברתנו באחד מהאמצעים שלהלן:

**דואר ישראל:** מור גמל ופנסיה בע"מ, מגדל ב.ס.ר 1, דרך בן גוריון 2, רמת גן 5257334 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.

**דואר אלקטרוני:** tviot.pensia@more.co.il

**פקס:** 03-7554950 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.

לקבלת מידע נוסף על זכויותך, ניתן ליצור קשר עם מוקד שירות הלקוחות של החברה בטלפון \*4544.

אנו מאחלים לך בריאות שלמה.

בברכה,

**מחלקת תביעות פנסיה**

**מור גמל ופנסיה בע"מ.**

כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו.

## הגשת בקשה לתשלום קצבת נכות

### א. פרטי העמית/ה

|             |          |           |            |                                                               |                                                                                                                                                                                    |
|-------------|----------|-----------|------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| שם פרטי     | שם משפחה | מס' זהות  | תאריך לידה | מין                                                           | מצב משפחתי                                                                                                                                                                         |
|             |          |           |            | <input type="checkbox"/> נקבה<br><input type="checkbox"/> זכר | <input type="checkbox"/> רווק/ה<br><input type="checkbox"/> נשוי/ה<br><input type="checkbox"/> גרוש/ה<br><input type="checkbox"/> אלמן/ה<br><input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור |
| רחוב        | מספר בית | מספר דירה | עיר        | ת.ד.                                                          | מיקוד                                                                                                                                                                              |
|             |          |           |            |                                                               |                                                                                                                                                                                    |
| כתובת דוא"ל |          |           | טלפון נייד | טלפון קווי                                                    |                                                                                                                                                                                    |
|             |          |           |            |                                                               |                                                                                                                                                                                    |

### ב. פרטי התקשרות

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי מגיש הבקשה:

☐ הודעת טקסט (מסרון)  
☐ דואר אלקטרוני  
☐ דואר ישראל

**לידיעתך! אם לא תבחר/י באחת מהאפשרויות המפורטות לעיל, יישלחו אליך מסמכים והודעות, כפי שנקבע בהוראות הדין.**

### ג. פרטי עו"ד מטפל\* (רלוונטי במידה והתביעה הוגשה באמצעות עו"ד)

|         |                   |            |            |             |
|---------|-------------------|------------|------------|-------------|
| שם עו"ד | כתובת למשלוח דואר | טלפון משרד | טלפון נייד | כתובת דוא"ל |
|         |                   |            |            |             |

\*יש לצרף ייפוי כוח הכולל חותמת עם מספר רשיון ומופנה ספציפית ל"מור גמל ופנסיה בע"מ", בהעדר ייפוי כוח תקין יישלחו הודעות בדבר התביעה ישירות למבוטח.

### ד. פרטי חשבון בנק\*

|         |           |            |               |                 |
|---------|-----------|------------|---------------|-----------------|
| שם הבנק | מס' הסניף | מספר חשבון | שם בעל החשבון | ת.ז. בעל החשבון |
|         |           |            |               |                 |

\*יש לצרף אישור ניהול חשבון/צילום המחאה עם פרטי החשבון שעל שם העמית.

### ה. פרטי מקום עבודה ועיסוקים קודמים

|                |                             |       |
|----------------|-----------------------------|-------|
| שם מקום העבודה | איש קשר ממחלקת שכר (שם מלא) | טלפון |
|                |                             |       |

תפקיד בעת הפגיעה (אנא פרט תיאור קצר לגבי עיסוקך): \_\_\_\_\_

פרט תפקידים שמילאת במקומות עבודה קודמים: \_\_\_\_\_

מהי השכלתך? (מספר שנות לימוד, תואר אקדמי, קורסים מקצועיים וכו'): \_\_\_\_\_

### ו. זכאות לקצבה מ"מקור אחר"

באם הנך זכאי לתבוע קבלת קצבה מאחד הגורמים המפורטים להלן, יש לסמן:

|                                                                                                          |                                                                                                                      |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> תאונת עבודה - ביטוח לאומי<br><input type="checkbox"/> מתאונת עבודה - מחלת מקצוע | <input type="checkbox"/> נכי צה"ל - משרד הביטחון<br><input type="checkbox"/> פעולות איבה (מלחמה/טרור) - משרד הביטחון | <input type="checkbox"/> משטרת ישראל<br><input type="checkbox"/> שירותי בתי הסוהר |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

ככל שסומן אחד הגורמים, נדרש לצרף מסמך ההחלטה + פירוט התשלומים ששולמו לך.  
 שים לב כי ככל שתקום לך בעתיד זכאות לקבלת קצבה לפי אחד או יותר מהגורמים המפורטים לעיל, חלה עליך חובה להודיע על כך לחברה המנהלת וקצבת הנכות לה תהיה זכאי תחושב בהתאם לחוזר 2015-3-1.

## ז. נכה המשתכר מעבודה

האם בתקופת הנכות הנך משתכר מ- עבודה / עסק / משלח יד / דמי אבטלה? (תשלום בגין ימי מחלה אינו נחשב כהכנסה מעבודה). אנא בחר:  
☐ לא  
☐ כן, פירוט מקורות הכנסותי הנוספים: \_\_\_\_\_

ככל שתשובתך חיובית, יש לצרף לתביעה את פירוט הכנסות כמפורט בדף ההסבר להגשת בקשה לקבלת קצבת נכות.

## ח. שמירת הריון

באם מדובר בתביעה בגין שמירת הריון, נא לבחור:

- ☐ אני מעוניינת בקבלת קצבת נכות רגילה, לרבות ביצוע הפקדות דמי הגמולים ע"י הקרן במקומי בתקופת הנכות.  
**לידיעתך, בבחירה באפשרות זו, קיימת אפשרות כי המוסד לביטוח לאומי יבצע קיצוז מהסכומים ששילם או שישלם לך בגין שמירת ההריון.**
- ☐ אני מעוניינת לוותר על תשלום קצבת הנכות לה אני זכאית מהקרן, ומסתפקת בביצוע הפקדות דמי הגמולים ע"י הקרן במקומי בתקופת הנכות.  
 (שחרור דמי גמולים בלבד).

### לתשומת ליבך,

**שחרור משמעותו המשך הפקדות התשלום השוטף ע"י קרן הפנסיה בשיעור אותו הפקיד עבורך מעסיקך, והוא משמר את זכויותיך בקרן הן בתקופת הנכות, והן לצורך תקופת אכשרה.**

## ט. זכאות לקצבת נכות מקרן פנסיה מקיפה חדשה / כללית נוספת

האם במועד קרות האירוע הינך זכאי לקבלת קצבת נכות מקרן פנסיה מקיפה חדשה / כללית נוספת? אנא בחר:  
☐ לא  
☐ כן, שם קרן הפנסיה: \_\_\_\_\_

## י. הצהרת העמית

- הנני מצהיר כי כל הפרטים שצינתי ושמסרתי בתביעה זו ובנספחיה הינם נכונים, מדויקים ומלאים ואני אחראי לאמיתותם, ידוע לי כי במקרה שבו יתברר כי המידע שמסרתי אינו נכון, מלא או מדויק עלול הדבר להשפיע על זכאותי לתשלום הקצבה מהקרן, ואהיה חייב בהחזר תשלומי הקצבה שקבלתי.
- ידוע לי כי זכאותי לקבלת קצבת נכות לרבות שיעורה תיקבע בהתאם לתקנון הקרן ובהתאם לפרטים ולמסמכים שמסרתי ושאמסור לקרן. והנני מתחייב להודיע לקרן בכתב על כל שינוי שיחול בפרטים אלה ו/או על כל שינוי במצבי הרפואי אשר יש בו כדי להשפיע על כושרי לעבוד.
- ידוע לי הקרן רשאית לדרוש ממני מסמכים ו/או אישורים ו/או פרטים נוספים לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות וכן מעת לעת כתנאי להמשך זכאותי לקבלת קצבת נכות מהקרן ו/או לצורך אחר, כמו כן ידוע לי כי הקרן רשאית להורות לי, בכל עת, על עריכת בדיקות רפואיות ולהעמידני לבדיקה במכון לאבחון כושר עבודה, ידוע לי כי סירובי לפעול על פי הוראות הקרן יכול לשמש עילה לדחיית התביעה לקצבת נכות ו/או עילה להפסקת תשלום קצבת הנכות, מטעם זה בלבד.
- הנני מתחייב להודיע לקרן על כל שיפור במצבי הבריאותי, כמו כן ידוע לי כי עפ"י תקנון הקרן הנני רשאי לעבוד בעבודה משלימה כשכיר או כעצמאי והריני מתחייב לדווח לקרן על כל הכנסה מעבודה, מעסק או ממשלח יד. ככל שתהיה לי כזו. ידוע לי כי אם ההכנסה מעבודה, מעסק או ממשלח יד בצירוף קצבת הנכות שתשולם תהא גבוהה מההכנסה הכוללת הקבועה בתקנון הקרן, אז יופחת סכום הקצבה בהתאם להוראות התקנון.
- ידוע לי כי אם יתברר בעתיד כי בטעות שולמו לי תשלומים שאינני זכאי להם, אז תהא הקרן רשאית לבצע תיקונים ו/או התאמות נדרשות וכן לקזז התשלום מתשלום הקצבה ו/או מכדי סכום שיעמוד לי ו/או לשארי ו/או למוטבי ו/או ליורשיי, הנני מתחייב להחזיר לקרן כל סכום עודף ששולם לי, מיד עם דרישתה הראשונה של הקרן, ובתוספת כל הסכומים שהיו מצטברים על הסכום העודף לו היה מופקד בקרן, מיום תשלומי ועד ליום ההשבה בפועל לקרן.
- ידוע לי כי הקרן רשאית לנכות מכל תשלום המגיע לי ו/או לשארי ו/או למוטבי ו/או ליורשיי, כל חוב שלי ו/או של המפורטים לעיל, לרבות יתרת ההלוואות שניתנו על ידי הקרן.
- ידוע לי כי הקרן תנכה מתשלום קצבת הנכות המגיע לי, לשארי/יורשיי/מוטביי, מיסים או ניכויים בהתאם להוראות תקנון הקרן וההסדר התחיקתי כפי שיהיו מעת לעת.
- ידוע לי כי התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון לבין האמור במסמך זה, יחולו הוראות תקנון הקרן.
- הנני מאשר ונותן לכם בזאת הרשאה בלתי חוזרת לאימות הפרטים שמסרתי ושאמסור לכם, במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי כי בהתאם להסדר התחיקתי, תקבל קרן מרשות האוכלוסין וההגירה מידע על שהותי של מקבל קצבה מחוץ לישראל לתקופה העולה על שישה חודשים, וכן ידוע לי כי במידה ואשרה מחוץ לישראל לתקופה העולה על שישה חודשים רצופים במהלך תקופת תשלום הקצבה, יהיה עלי לידע את החברה בדבר יציאתי מחוץ לישראל לתקופה העולה על 6 חודשים, למסור לחברה פרטי התקשרות עימי בתקופת שהותי מחוץ לישראל, ולהמציא לחברה אחת לשנה אישור חיים עדכני בנוסח הקבוע בהוראות הדין, חתום על ידי ומאומת כדין ע"י עובד הקונסוליה הישראלית או ע"י נטריון מוסמך בהתאם להוראות הדין, או אישור חיים שהוגש למוסד לביטוח לאומי בצירוף הוכחה להמשך תשלומי קצבה ע"י המוסד לביטוח לאומי, לאחר מועד המצאת האישור למוסד לביטוח לאומי.
- ידוע לי כי במידה ולא אמציא אישור חיים כנדרש, החברה תהא רשאית להפסיק את תשלום הקצבה בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.

חתימת העמית/ה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

שם העמית/ה: \_\_\_\_\_

## יא. פרטי בעל רישיון

| שם פרטי | שם משפחה | מס' בעל רישיון | מס' סוכן בחברה | שם סוכנות |
|---------|----------|----------------|----------------|-----------|
|         |          |                |                |           |

כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו.

## נספח לטופס בקשת תשלום קצבת נכות

### פרטי האירוע

הנכות הינה תוצאה של (יש לסמן את הרלוונטי)

- ☐ פעולת איבה או מלחמה  
☐ תאונת דרכים  
☐ שירות בכוחות הביטחון ומשטרה (צה"ל, שב"ס וכו')  
☐ תאונת עבודה  
☐ תאונת דרכים - עבודה  
☐ שמירת הריון  
☐ מחלה  
☐ מחלת מקצוע  
☐ תאונה אישית  
☐ אחר

1. מועד האירוע/פריצת המחלה: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. מועד הופעת התסמינים לראשונה: \_\_\_\_\_

3. נא ציין את שם המחלה/בעיה רפואית: \_\_\_\_\_

4. נא ציין בהרחבה את פרטי המקרה: \_\_\_\_\_

5. האם מדובר במצב סיעודי ☐ כן ☐ לא (ככל שכן, יש לצרף מסמכים רפואיים התומכים בכך)

6. תאריך הפסקת העבודה בגין האירוע: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
☐ לא הפסקתי לעבוד.

7. היקף משרתך לפני האירוע:

מס' שעות ביום \_\_\_\_\_ מס' ימים בשבוע \_\_\_\_\_  
 תאר בקצרה את עבודתך היומיומית \_\_\_\_\_

8. האם חזרת לעבוד?

- ☐ לא ☐ כן, בתאריך \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 - היקף משרתך לאחר חזרתך לעבודה: מס' שעות ביום \_\_\_\_\_ מס' ימים בשבוע \_\_\_\_\_

9. ככל ולא הפסקת את עבודתך, נא ציין:

- מועד הירידה בהיקף המשרה \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 - היקף משרתך לאחר האירוע:  
 מס' שעות ביום \_\_\_\_\_ מס' ימים בשבוע \_\_\_\_\_

10. אלו עבודות היית מסוגל בעבר לבצע וכעת אינך יכול לבצע? \_\_\_\_\_

11. האם הנך מסוגל לעבוד כעת בעבודה כלשהי? אם כן איזו? \_\_\_\_\_

12. האם הנך נוהג ובעל רשיון בתוקף? \_\_\_\_\_

שם העמית/ה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת העמית/ה: X \_\_\_\_\_

## הנדון: ויתור על סודיות רפואית וכללית

### חלק א - פרטי העמית

| שם פרטי      |         | שם משפחה |       | מס' זהות   |
|--------------|---------|----------|-------|------------|
|              |         |          |       |            |
| כתובת (רחוב) | מס' בית | ישוב     | מיקוד | טלפון נייד |
|              |         |          |       |            |

### חלק ב - הצהרת ויתור סודיות

אני החתום מטה נותן בזאת רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאים, עובדיהם, ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון - ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין - למשרד הקליטה ו/או לשירות הפיסיכולוגי- חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביח' גה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למור גמל ופנסיה בע"מ ו/או מי מטעמם (להלן: "המבקש") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש לרבות על מצבי הבריאות ו/או הכלכלי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה 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 בזאת רשות לכל אחת מחברות הביטוח ו/או חברות מנהלות של קרנות הפנסיה למסור למבקש כל מידע רפואי, וכל מידע המתייחס לביטוח חיים ו/או לכיסויים ביטוחיים ולרבות החלטות רפואיות, פרוטוקולים של ועדות רפואיות וחוות דעת מכל סוג ו/או לתביעות קודמות ו/או מאוחרות שהגשתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק וסכומים להם אני זכאי מהחברות האמורות בגין תביעותי ותקופת נכות שנקבעו בגין מצבי הרפואי.

הנני משחרר בזאת את כל האמורים לעיל, מחובת שמירת סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר להנ"ל, לרבות טענות מכוח הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. 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.

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

### חלק ג - פרטי נותני שירותים רפואיים

| שם קופ"ח                            |    | שם קופ"ח קודמת |  |
|-------------------------------------|----|----------------|--|
|                                     |    |                |  |
| פרטי רופאים ו/או מכונים אצלם טופלת: |    |                |  |
| רופאים                              | 1. | 2.             |  |
|                                     | 3. | 4.             |  |
| מכונים                              | 1. | 2.             |  |
|                                     | 3. | 4.             |  |

רשימה זו אינה ממצה והמבקש רשאי לפנות לכל אחד מהגופים המפורטים בחלק ב' לעיל.

### חלק ד - חתימות

| חתימת העמית |    |            |            |              |
|-------------|----|------------|------------|--------------|
| תאריך       | שם | תעודת זהות | חתימה      |              |
|             |    |            |            | X            |
| עד לחתימה*  |    |            |            |              |
| תאריך       | שם | תעודת זהות | מס' רישיון | חתימה וחותמת |
|             |    |            |            | X            |

\*עד לחתימה הינו רופא, עו"ד או סוכן ביטוח בעל רישיון פנסיוני בצרוף העתק רישיון סוכן.  
עד לחתימת העד לכלול חותמת קריאה וברורה עם מס' הרישיון של העד.

## הצהרת מעסיק לתביעת קצבת נכות

### א. פרטי העובד

| שם פרטי | שם משפחה | מס' זהות |
|---------|----------|----------|
|         |          |          |

### ב. פרטי העסקה בחברה

| תאריך תחילת העבודה                           | תפקיד                                                                             | תאריך תחילת ההעדרות בגין האירוע             | תאריך סיום יחסי עובד-מעביד |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
|                                              |                                                                                   |                                             |                            |
| תיאור מפורט לגבי תפקידו של העמית לפני האירוע |                                                                                   |                                             |                            |
| <div></div> <div></div> <div></div>          |                                                                                   |                                             |                            |
| היקף המשרה לפני האירוע                       | האם המבוטח חזר לעבודתו (נא לבחור)                                                 | היקף המשרה לאחר האירוע                      |                            |
| מס' שעות ביום _____<br>מס' ימים בשבוע _____  | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן, בתאריך ____/____/____ | מס' שעות ביום _____<br>מס' ימים בשבוע _____ |                            |

| שם | תפקיד | תאריך | חתימה וחותמת מעסיק |
|----|-------|-------|--------------------|
|    |       |       | <b>X</b>           |

ניתן להחזיר טופס זה באחת מהאפשרויות הבאות:

**דואר ישראל:** מור גמל ופנסיה בע"מ, מגדל ב.ס.ר 1, דרך בן גוריון 2, רמת גן 5257334 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.

**דואר אלקטרוני:** [tviot.pensia@more.co.il](mailto:tviot.pensia@more.co.il)

**פקס:** 03-7554950 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.

## דף הסבר למילוי טופס 101

### הסבר על העמוד הראשון:

|                                                                                                 |                           |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------|
| יש לציין את שנת המס הנוכחית                                                                     | שנת מס                    | כותרת   |
| <b>אין למלא סעיף זה</b>                                                                         | פרטי המעביד               | סעיף א' |
| יש למלא את הפרטים האישיים                                                                       | פרטי העובד                | סעיף ב' |
| יש למלא את פרטי הילדים שבשנת המס הנוכחית טרם הגיעו לגיל 21                                      | פרטים על ילדים            | סעיף ג' |
| <b>אין למלא סעיף זה</b>                                                                         | פרטים על הכנסות ממעביד זה | סעיף ד' |
| יש לבחור באופציה המתאימה*                                                                       | פרטים על הכנסות אחרות*    | סעיף ה' |
| יש למלא את הפרטים האישיים של בן/בת הזוג ואת המידע על הכנסותיו/ה                                 | פרטים על בן/בת הזוג       | סעיף ו' |
| יש למלא במידה והיו שינויים (לדוגמא שינוי במצב משפחתי או שינוי בהכנסות) יש לציין את תאריך השינוי | שינויים במהלך השנה        | סעיף ז' |

### הסבר על העמוד השני:

|                                           |                   |         |
|-------------------------------------------|-------------------|---------|
| יש לסמן את הסעיפים הרלוונטיים             | סיבת הפטור/הזיכוי | סעיף ח' |
| מותנה בצירוף של אישור תיאום מס מפקיד שומה | בקשה לתיאום מס    | סעיף ט' |
| יש לציין תאריך ולחתום על ההצהרה           | הצהרה             | סעיף י' |

### לתשומת ליבך

ככל וציינת בסעיף ה' כי יש לך הכנסות נוספות, עליך לגשת לפקיד שומה עם התלוש שתקבל בעת התשלום הראשון, לצורך עריכת תיאום מס. עד להמצאת תיאום המס ינוכה מס מירבי מתשלום הקצבה. לאחר קבלת תיאום המס נעדכן על פיו את שיעור המס מתחילת התשלום באותה שנת מס.

\* לתשומת ליבך, קצבאות זקנה, שארים או נכות מביטוח לאומי אינן נחשבות כהכנסה נוספת, לכן אין צורך לציין קצבאות אלה כהכנסות נוספות. אם הינך עצמאי הממלא דו"ח שנתי לרשויות המס נא לסמן "ממקור אחר" ולציין עצמאי הממלא דו"ח שנתי לרשויות המס.



סמון/י  $\sqrt{\quad}$  בריבוע 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 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<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              | כתובת                          | מספר טלפון | מספר תיק ניכויים |
| מור פנסיה מקיפה | דרך בן גוריון 2 רמת גן 5257334 | *4544      | 9 36393677       |

**ב. פרטי העובדת** (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 שהיה 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                      |                                                |                             |                             |                             |                             |                                             |                             |
|                                 |                                 | רחוב/שכונה                       |                                                | מספר                        |                             | עיר/ישוב                    |                             | מיקוד                                       |                             |
| מין                             |                                 | מצב משפחתי                       |                                                | תושב ישראל                  |                             | חבר קיבוץ/מושב שיתופי       |                             | חבר בקופת חולים                             |                             |
| <input type="checkbox"/> זכר    | <input type="checkbox"/> רווק/ה | <input type="checkbox"/> נשוי/אה | <input type="checkbox"/> גרוש/ה                | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא                 | <input type="checkbox"/> לא |
| <input type="checkbox"/> נקבה   | <input type="checkbox"/> אלמן/ה | <input type="checkbox"/> פרוד/ה  | <input type="checkbox"/> (חובה לצרף אישור פ"ש) | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא | <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

סמן/י  $\sqrt{}$  ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| <p>תאריך תחילה העבודה<sup>(1)</sup></p> <p>בשנת המס</p> | <p>אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)</p> <p><input type="checkbox"/> משכורת חודש<sup>(2)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> משכורת חלקית<sup>(4)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> קצבה<sup>(6)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> מלגה<sup>(1)</sup></p> |   |   |   |   |
|                                                         | <table border="1"> <tr> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | : | : | : | : |
| :                                                       | :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | : | : | : |   |

[illegible]

## ה. פרטים על הכנסות אחרות

☐ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה<sup>(1)</sup>

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

☐ משכורת חודש<sup>(2)</sup> ☐ שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup>

☐ משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup> ☐ קצבה<sup>(6)</sup>

☐ משכורת חלקית<sup>(4)</sup> ☐ מלגה<sup>(1)</sup>

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/:

☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת<sup>(7)</sup>

☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסתי זו<sup>(8)</sup>

☐ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(9)</sup>

☐ 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<sup>(10)</sup>

ו. פרטים על בן/בת הזוג

|                                                                                                                                                                                                                   |          |         |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|------------|------------|
| מספר זהות (9 ספרות)                                                                                                                                                                                               | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | תאריך עליה |
| מספר דרכון (למי שאין מספר זהות)<br><input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> 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 השינוי | תאריך ההודעה | חתימת העובד/ת |
|--------------|-------------|--------------|---------------|
|              |             | / /          |               |
|              |             | / /          |               |
|              |             | / /          |               |



## ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> אני תושב/ת ישראל.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2  | <input type="checkbox"/> אני נכה 100% / עיוור/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  | <input type="checkbox"/> אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מזכה <sup>(13)</sup> מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4  | <input type="checkbox"/> אני עולה חדש/ה מתאריך _____.<br>לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.<br>מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. <b>חובה לצרף:</b> תעודת עולה.                                                                                                                                                                                                                 |
| 5  | <input type="checkbox"/> בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.<br>רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת <b>עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 6  | <input type="checkbox"/> אני הורה במשפחה חד הורית <sup>(11)</sup> החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגנים מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.                                                                                                                                                                                                                     |
| 7  | <input type="checkbox"/> בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.<br>ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד <sup>(12)</sup> .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שילדו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שילדו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שילדו להם 18 שנים בשנת המס _____ |
| 8  | <input type="checkbox"/> בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד <sup>(12)</sup> .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שילדו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____                                                                                                                                                                              |
| 9  | <input type="checkbox"/> אני הורה יחיד <sup>(12)</sup> לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 10 | <input type="checkbox"/> בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.<br>ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדי, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 11 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 13 | <input type="checkbox"/> מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 14 | <input type="checkbox"/> אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____.<br>מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 15 | <input type="checkbox"/> בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

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

| 1                                              | <input type="checkbox"/> לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.<br>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                                              | <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות נוספות ממשכורת <sup>(1)</sup> כמפורט להלן:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                  |  |  |   |           |                  |                                  |  |  |   |              |  |  |   |  |  |  |   |  |
|                                                | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup></th> </tr> <tr> <th>ש</th> <th>כ ת ו ב ת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td>(לפי הלושים)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup> |                                  |  |  | ש | כ ת ו ב ת | מספר תיק ניכויים | סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר) |  |  | 9 | (לפי הלושים) |  |  | 9 |  |  |  | 9 |  |
| ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                  |  |  |   |           |                  |                                  |  |  |   |              |  |  |   |  |  |  |   |  |
| ש                                              | כ ת ו ב ת                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | מספר תיק ניכויים                               | סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר) |  |  |   |           |                  |                                  |  |  |   |              |  |  |   |  |  |  |   |  |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9                                              | (לפי הלושים)                     |  |  |   |           |                  |                                  |  |  |   |              |  |  |   |  |  |  |   |  |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9                                              |                                  |  |  |   |           |                  |                                  |  |  |   |              |  |  |   |  |  |  |   |  |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9                                              |                                  |  |  |   |           |                  |                                  |  |  |   |              |  |  |   |  |  |  |   |  |
| 3                                              | <input type="checkbox"/> פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                  |  |  |   |           |                  |                                  |  |  |   |              |  |  |   |  |  |  |   |  |

## י. הצהרה

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>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.</b></p> <p>_____ תאריך</p> <p>_____ חתימת המבקש/ת</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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 מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - 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 משכורתו כ"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. **משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאינה ינוכה מס לפי לוח הניכויים.**
- (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 שאינה 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 לנכות 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 ההפרשות 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 ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מ"פ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רוקח, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.



סמון/י  $\sqrt{\quad}$  בריבוע 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 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<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               | כתובת                          | מספר טלפון | מספר תיק ניכויים |
| מור פנסייה כללית | דרך בן גוריון 2 רמת גן 5257334 | *4544      | 9 36393669       |

**ב. פרטי העובדת** (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 שהיה 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                                                                               |                                                            |                                                            |                                                                            |                       |                                                            |                 |  |
|                                                               |                                                                    | רחוב/שכונה                                                                                |                                                            | מספר                                                       |                                                                            | עיר/ישוב              |                                                            | מיקוד           |  |
| מין                                                           |                                                                    | מצב משפחתי                                                                                |                                                            | תושב ישראל                                                 |                                                                            | חבר קיבוץ/מושב שיתופי |                                                            | חבר בקופת חולים |  |
| <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה | <input type="checkbox"/> רווק/ה<br><input type="checkbox"/> אלמן/ה | <input type="checkbox"/> נשוי/אה<br><input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש) | <input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן<br><input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן, שם הקופה _____ |                       | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן |                 |  |
| 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

סמך/י  $\sqrt{\quad}$  ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך  
בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| <p>תאריך תחילה העבודה<sup>(1)</sup></p> <p>בשנת המס</p> | <p>אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)</p> <p><input type="checkbox"/> משכורת חודש<sup>(2)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> משכורת חלקית<sup>(4)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> קצבה<sup>(6)</sup></p> <p><input type="checkbox"/> מלגה<sup>(1)</sup></p> |   |   |   |   |
|                                                         | <table border="1"> <tr> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | : | : | : | : |
| :                                                       | :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | : | : | : |   |

[illegible]

## ה. פרטים על הכנסות אחרות

☐ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה<sup>(1)</sup>

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

☐ משכורת חודש<sup>(2)</sup> ☐ שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup>

☐ משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup> ☐ קצבה<sup>(6)</sup>

☐ משכורת חלקית<sup>(4)</sup> ☐ מלגה<sup>(1)</sup>

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/:

☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת<sup>(7)</sup>

☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו<sup>(8)</sup>

☐ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(9)</sup>

☐ 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<sup>(10)</sup>

ו. פרטים על בן/בת הזוג

|                                                                                                                                                                                                                |          |         |            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|------------|------------|
| מספר זהות (9 ספרות)                                                                                                                                                                                            | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | תאריך עליה |
|                                                                                                                                                                                                                |          |         |            |            |
| מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) <input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> 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 השינוי | תאריך ההודעה | חתימת העובד/ת |
|--------------|-------------|--------------|---------------|
|              |             | / /          |               |
|              |             | / /          |               |
|              |             | / /          |               |

## ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> אני תושב/ת ישראל.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2  | <input type="checkbox"/> אני נכה 100% / עיוור/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  | <input type="checkbox"/> אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מזכה <sup>(13)</sup> מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4  | <input type="checkbox"/> אני עולה חדש/ה מתאריך _____.<br>לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.<br>מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. <b>חובה לצרף:</b> תעודת עולה.                                                                                                                                                                                                                    |
| 5  | <input type="checkbox"/> בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.<br>רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת <b>עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6  | <input type="checkbox"/> אני הורה במשפחה חד הורית <sup>(11)</sup> החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגנים מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.                                                                                                                                                                                                                        |
| 7  | <input type="checkbox"/> בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.<br>ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד <sup>(12)</sup> .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ |
| 8  | <input type="checkbox"/> בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד <sup>(12)</sup> .<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____<br><input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____                                                                                                                                                                                |
| 9  | <input type="checkbox"/> אני הורה יחיד <sup>(12)</sup> לילדיי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 10 | <input type="checkbox"/> בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.<br>ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדי, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 13 | <input type="checkbox"/> מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 14 | <input type="checkbox"/> אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____.<br>מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 15 | <input type="checkbox"/> בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

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

| 1                                              | <input type="checkbox"/> לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.<br>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                                              | <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות נוספות ממשכורת <sup>(1)</sup> כמפורט להלן:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                  |  |  |   |   |   |                  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|                                                | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup></th> </tr> <tr> <th>ש</th> <th>כ</th> <th>ת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> | ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup> |                  |  |  | ש | כ | ת | מספר תיק ניכויים |  |  |  | 9 |  |  |  | 9 |  |  |  | 9 |
| ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                  |  |  |   |   |   |                  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
| ש                                              | כ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ת                                              | מספר תיק ניכויים |  |  |   |   |   |                  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                | 9                |  |  |   |   |   |                  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                | 9                |  |  |   |   |   |                  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                | 9                |  |  |   |   |   |                  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
| 3                                              | <input type="checkbox"/> פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                  |  |  |   |   |   |                  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |

## י. הצהרה

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>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.</b></p> <p>_____ תאריך</p> <p>_____ חתימת המבקש/ת</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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 מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - 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 משכורתו כ"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. **משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.**
- (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 לנכות 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 ההפרשות 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 ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רוק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הביטוח והגביה  
מעסיקים  
סניף \_\_\_\_\_

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

|           |  |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|
| מס' זהות  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 0         |  |      |  |  |  |  |  |  |  |
| סוג המסמך |  | דפים |  |  |  |  |  |  |  |

לכבוד

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה/אובדן כושר לאישה נשואה  
מחודש \_\_\_\_\_ עד חודש \_\_\_\_\_ לשנת \_\_\_\_\_

1

פרטי המבקשת

|                                                                                                                                                                                                                                                   |         |            |      |                  |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|------|------------------|-------|
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                                                          |         | שם פרטי    |      | מספר זהות<br>ס"ב |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |         |            |      |                  |       |
| כתובת                                                                                                                                                                                                                                             |         |            |      |                  |       |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                                                                                                                    | מס' בית | כניסה      | דירה | ישוב             | מיקוד |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |         |            |      |                  |       |
| טלפון קווי                                                                                                                                                                                                                                        |         | טלפון נייד |      | דואר אלקטרוני:   |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |         |            |      | _____ @ _____    |       |
| <input type="checkbox"/> אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. |         |            |      |                  |       |

2

הצהרה

אני מצהירה בזאת כי בתקופה שבנדון אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי, איני מקבלת חלף שכר (כדוגמא: ימי מחלה או ימי חופשה), איני נמצאת בחל"ת בגינה המעסיק משלם עבורי דמי ביטוח לאומי ואיני מקבלת אחת מהגמלאות המחליפות שכר (דמי לידה, שמירת הריון, דמי פגיעה ופש"ר), כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".

לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.  
אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבקשת \* \_\_\_\_\_

# מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור

להלן תפורט מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור בקרן שבניהול החברה 'מור גמל ופנסיה בע"מ' בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 2020-9-21 "בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור - תיקון" (להלן ובהתאמה: "מערכת הכללים"; "החוזר") כדלקמן:

ניתן לקבל העתק ממערכת הכללים באמצעות פנייה לחברה המנהלת או לחלופין באמצעות הדפסתה ישירות מאתר החברה המנהלת בכתובת: [www.moreinvest.co.il/gemel](http://www.moreinvest.co.il/gemel)

יובהר כי תביעה תתברר לפי מערכת הכללים אשר תהיה תקפה במועד שבו הוגשה התביעה.

## 1. הגדרות

במערכת הכללים יהיו למושגים הבאים ההגדרות כדלקמן:

**"לקוח"** - עמית, מוטב, תובע או מי מטעמם.

**"תביעה"** - דרישה מן החברה המנהלת למימוש זכויות לפי תנאי תקנון הקרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור;

**"תובע"** - מי שהציג תביעה לחברה המנהלת, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי החברה המנהלת להיפרע את הטבת הנזק כאמור.

## 2. עקרונות יישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור

מבלי לגרוע מהוראות כל דין, החברה המנהלת תברר ותיישב תביעות ותטפל בפניות ציבור בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.

## 3. כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור

### א. מסמכים ומידע בבירור תביעה

(1) פנה אדם בקשר להגשת תביעה לחברה המנהלת או למי מטעמה, תמסור לו החברה המנהלת בהקדם האפשרי ממועד הפניה לחברה המנהלת או למי מטעמה, את המסמכים המפורטים להלן, הרלבנטיים לסוג התביעה:

(א) העתק ממערכת הכללים;

(ב) מסמך שבו יפורט הליך בירור ויישוב התביעה;

(ג) הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מן התובע;

(ד) פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מן התובע לשם בירור ויישוב תביעה;

(ה) טופס הגשת תביעה והנחיות לגבי מילוי;

(ו) הודעה על תקופת ההתיישנות;

(2) המסמכים המפורטים לעיל מופיעים באתר האינטרנט של החברה המנהלת.

(3) על אף האמור בפסקה (1), שלחה החברה המנהלת הודעת תשלום כאמור בסעיף 3ג, תהיה פטורה ממסירת המסמכים המפורטים בפסקה (1)(ב) עד (ו).

(4) על אף האמור בפסקה (1), הוריד הפונה את המסמכים האמורים שם מאתר האינטרנט של החברה המנהלת, תהיה פטורה החברה המנהלת ממסירת המסמכים כאמור בפסקה (1).

(5) החברה המנהלת תדרוש מן התובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה המנהלת יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.

(6) החברה המנהלת תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה אצל החברה המנהלת, הודעה בכתב ובמסגרתה פירוט בדבר: מועד קבלת המסמך, המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע. באפשרות החברה המנהלת לשלוח הודעה כאמור במסגרת הודעת המשך בירור כמפורט להלן.

(7) ככל שיידרשו מידע ו/או מסמכים נוספים לצורך בירור תביעה, ידרשו מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר הצורך בהם.

(8) הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט.

### ב. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה המנהלת תמסור לתובע, בתוך 30 ימים ממועד קבלת כלל המסמכים והמידע שנדרשו מן התובע לשם בירור התביעה ו/או מן המועד שהתקבל אצל החברה המנהלת טופס תביעה (לפי המאוחר מבין השניים) עדכון בדבר סטטוס התביעה ו/או תוצאותיה כדלקמן:

• הודעת תשלום חלקי או באופן מלא;

• הודעת דחייה;

• הודעת המשך בירור או הפסקת בירור התביעה;

הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט.

כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו.

## ג. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

- (1) החליטה החברה המנהלת על תשלום תביעה - תמסור לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - "הודעת תשלום") שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלבנטיים או שתכלול הפנייה למסמכים בעניינים כאמור:
  - (א) לגבי תשלום חד פעמי - עילת התשלום; פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב; סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה; פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהחברה המנהלת בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי התקנון או הדין קוזזו מהתשלום; פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברה המנהלת מאת התובע; פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שניים במחלוקת אם שולמו כאלה; סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה; הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה; הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; המועד שבו היו בידי החברה המנהלת כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.
  - (ב) לגבי תשלום עיתי (לרבות קצבה) יפורט, במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בפסקה (א) - סכום התשלום הראשון; מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; משך התקופה המירבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות התקנון או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.
- (2) החליטה החברה המנהלת על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תמסור לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - "הודעת תשלום חלקי") שבה שני חלקים כמפורט להלן:
  - (א) החלק הראשון - בחלק זה יפורטו מרכיביו של התשלום שבו הכירה החברה המנהלת שאושרו בהתאם למפורט לעיל.
  - (ב) החלק השני - בחלק זה יפורטו הנימוקים העומדים בבסיס החלטתה של החברה המנהלת לדחות חלק מהתביעה, ויחולו לעניין זה ההוראות הקבועות כמפורט להלן.
- (3) בכל מקרה בו מדובר על תביעה שהוגשה לבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.

## ד. הודעת דחייה

- החליטה החברה על דחיית תביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב (להלן - "הודעת דחייה"). נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחת התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.

## ה. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

- (1) סברה החברה המנהלת כי דרוש לה זמן נוסף לשם בירור התביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגינן נדרש לה זמן נוסף לבירור התביעה (להלן - "הודעת המשך בירור").
- (2) בהודעת המשך בירור יצוין כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם בירור התביעה.
- (3) הודעת המשך בירור תימסר לתובע לפחות כל 90 ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה, לפי העניין למעט במקרים הבאים:
  - (א) אם התובע פנה לערכאות משפטיות;
  - (ב) אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע ציינה החברה המנהלת כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
- (4) הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט.

## ו. הודעה בדבר התיישנות תביעה

- (1) הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה - תכלול פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברה המנהלת, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן - "פסקת התיישנות").
- (2) כל הודעה הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקת התיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
- (3) לא כללה החברה המנהלת פסקת התיישנות בהודעה לפי פסקה (1) שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת החברה המנהלת בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של החברה המנהלת.
- (4) לא כללה החברה המנהלת פסקת התיישנות בהודעה לפי פסקה (1) שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות - יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין המועד שבו נשלחה הודעה שבה כללה פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת החברה המנהלת בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של החברה המנהלת במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות.
- (5) הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט.

## ז. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:

- (1) להשיג על ההחלטה והדרך להגשת השגה, ככל שנקבעו בתקנון, לרבות זכותו להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
- (2) להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור של החברה המנהלת, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
- (3) להשיג על החלטת החברה המנהלת בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.
- (4) הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה שנדונה בבית משפט.

## ח. בדיקה מחודשת של זכאות

(1) חברה מנהלת המבקשת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.

(2) כללים כאמור בפסקה (1) יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי.

(3) התובע לא ישא בעלויות בדיקה כאמור בפסקה (1) אשר תדרוש החברה המנהלת.

(4) החברה המנהלת לא תקטין ולא תפסיק תשלומים עיתיים בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בתקנון ולאחר שהודיעה לתובע כי בכוונתה להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן - "**הודעת שינוי**"). לא נקבעו כללים כאמור, תמסור החברה המנהלת לתובע הודעת שינוי לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה לפי הוראות פסקה (1) הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של החברה המנהלת לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.

(5) הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת החברה המנהלת להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים.

## ט. בירור תביעה בעזרת מומחה

(1) ככל שהחברה המנהלת החליטה להיעזר לשם בירור תביעה במומחה הפוגש בתובע, בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תודיע על כך לתובע מראש, תסביר לתובע את תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ותודיע לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה.

(2) המומחה כאמור בפסקה (1), למעט עובד של החברה המנהלת שעיקר עיסוקו יישוב תביעות, לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יציע פשרה.

(3) הוראות פסקה (1) לא יחולו על החברה המנהלת כאשר היא נעזרת בחוקר במסגרת חקירה סמויה.

(4) הודעה לפי פסקה (1) יכול שתמסר במסגרת המסמך האמור בסעיף 3א(1)(ב).

לעניין סעיף קטן זה, "מומחה" - בין אם הוא עובד של החברה המנהלת ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי ולמעט רופא הקרן ו/או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלים מתוקף התקנון.

## י. חוות דעת מומחה

(1) חוות דעת של מומחה שעליה תסתמך החברה המנהלת לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.

(2) חוות דעת של מומחה, לא תתייחס במישרין לזכות העמית לקבלת תשלומי פנסיה.

(3) ככל שתסתמך החברה המנהלת על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תמסור החברה המנהלת את חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו או בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע לחברה המנהלת או למומחה מטעמו לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו.

(4) הייתה חוות הדעת של המומחה חסויה על פי דין, תמסור החברה המנהלת הודעה בכתב לתובע שבה תסביר מדוע היא סבורה כי חוות הדעת חסויה.

(5) היוועצות פנימית שלא עולה כדי חוות דעת, תתועד בתיק התביעה.

לעניין סעיף קטן זה, "מומחה" - כהגדרתו לעיל.

## יא. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

(1) החברה המנהלת תשיב בכתב לכל פניה בכתב של לקוח, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בחברה המנהלת, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

(2) קיבלה החברה המנהלת פנייה של לקוח, בין אם פנה הלקוח באופן ישיר אליה ובין אם הופנה אליה הלקוח באמצעות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון, ומצאה החברה המנהלת שהיה ליקוי בהתנהלותה או בהתנהלות מי מטעמה ואותו הליקוי שנמצא מצביע על היותו ליקוי מערכתי, תערוך החברה המנהלת בדיקה לאיתור מקרים דומים שבהם אירע הליקוי המערכתי; מצאה החברה המנהלת ליקויים דומים תפיק לקחים ממקרים אלו ותפעל לתיקונם בתוך זמן סביר; בסעיף זה "ליקוי מערכתי" - ליקוי מהותי, ליקוי שחוזר על עצמו או ליקוי בעל השפעה על קבוצת לקוחות; "לקוח" - עמית, מוטב, תובע או מי מטעמו.

(3) החברה המנהלת תתעד וישמור מידע על הבדיקה, הפקת הלקחים ותיקון הליקוי המערכתי שאותר.

## יב. מתן העתקים

(1) החברה המנהלת תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן התקנון, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.  
(2) החברה המנהלת תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר מסר התובע לחברה המנהלת, או מכל מסמך אשר התקבל אצל החברה המנהלת מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

## יג. שמירת מידע ומסמכים

א. החברה המנהלת תשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לעמית, כל עוד הוא עמית אצלה באותה קרן, ולמשך תקופה של לפחות שבע שנים לאחר שחדל להיות עמית כאמור.  
ב. מבלי לגרוע מהוראות סעיף קטן (א), החברה המנהלת תשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לתביעה על פי התקנון למשך תקופה של לפחות שבע שנים ממועד היישוב הסופי של התביעה.  
ג. מבלי לגרוע מהוראות סעיף קטן (א), החברה המנהלת תשמור בגין כל תביעה רשומה הכוללת, לפי העניין, את שם התובע, שם העמית, סוג ומהדורת התקנון, מספר החשבון בקרן הפנסיה, מועד תחילת ביטוח ומועד סוף ביטוח, מספר התביעה, אופן ומועד היישוב הסופי של התביעה (תשלום, תשלום חלקי, דחייה).  
ד. בתשלום או בתשלום חלקי שהוא תשלום חד פעמי - יישמרו גם מועד התשלום, סכום התשלום ודרך תשלומו; בתשלום או בתשלום חלקי שהוא תשלום עיתי - יישמרו גם מועד וסכום התשלום הראשון, תקופת התשלום ומנגנון ההצמדה.

## יד. שמירת דינים

למען הסר ספק, מובהר בזאת כי -  
א. הוראות החוזר ומערכת הכללים לפי חוזר זה מוסיפות על הוראות כל דין, לרבות ההוראות הקבועות בחוזרים אחרים, ואין בהן כדי לגרוע מהוראות כל דין כאמור.  
ב. אין בהוראות החוזר ומערכת הכללים לפי חוזר זה כדי לגרוע מזכותו של העמית על פי כל דין.

| המועד        | הפעולה                                                |
|--------------|-------------------------------------------------------|
| 14 ימי עסקים | דרישה מידע ומסמכים נוספים                             |
| 30 ימים      | מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו          |
| כל 90 ימים   | מסירת הודעת המשך בירור תביעה                          |
| 30-60 ימים   | מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם |
| 14 ימי עסקים | העברת העתק מפסק דין או הסכם                           |
| 30 ימים      | מענה בכתב לפניית ציבור                                |
| 14 ימי עסקים | מסירת העתקים מן התקנון                                |
| 21 ימי עסקים | מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע                 |



## לוחות זמנים לטיפול בבקשה לקבלת קצבת נכות

| נושא                  | סוג ההליך                                                              | זמן טיפול                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| תביעה לקבלת קצבת נכות | הודעה לעמית על אישור קבלת הבקשה ובקשת מידע נוסף לפי הצורך              | עד 5 ימים ממועד הגשת תביעת העמית                               |
|                       | אישור או דחיית התביעה לקצבת נכות או מתן החלטה לזמן את העמית לרופא הקרן | עד 14 ימים מקבלת תביעת העמית המלאה                             |
|                       | מועד התייצבות העמית בפני רופא הקרן                                     | עד 10 ימים ממועד ההחלטה                                        |
|                       | הודעה לעמית על מידע נוסף שיש להעביר לרופא הקרן                         | בתוך 2 ימים ממועד ההתייצבות                                    |
|                       | הודעה לעמית על החלטת רופא הקרן                                         | עד 2 ימים ממועד ההתייצבות / עד 7 ימים ממועד קבלת מסמכים נוספים |
| ועדה רפואית           | הגשת ערעור                                                             | עד 90 ימים מקבלת תשובת רופא הקרן                               |
|                       | הודעה לעמית על מועד התכנסות הוועדה הרפואית                             | עד 7 ימים ממועד קבלת הערעור                                    |
|                       | התכנסות הוועדה הרפואית                                                 | עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור                                   |
|                       | הודעה לעמית על מידע נוסף שיש להעביר לוועדה הרפואית                     | בתוך 2 ימים ממועד התכנסות הוועדה הרפואית                       |
|                       | הודעה לעמית על החלטת הוועדה הרפואית                                    | עד 2 ימים ממועד ההתכנסות / עד 7 ימים ממועד קבלת מסמכים נוספים  |
| ועדה רפואית לערעורים  | הגשת ערעור                                                             | עד 90 ימים מקבלת תשובת הוועדה הרפואית                          |
|                       | הודעה לעמית על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים                    | עד 7 ימים ממועד קבלת הערעור                                    |
|                       | התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים                                        | עד 30 ימים ממועד קבלת הערעור                                   |
|                       | הודעה לעמית על מידע נוסף שיש להעביר לוועדה הרפואית לערעורים            | בתוך 2 ימים ממועד התכנסות הוועדה                               |
|                       | הודעה לעמית על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים                           | עד 2 ימים ממועד ההתכנסות / עד 7 ימים ממועד קבלת מסמכים נוספים  |