

## טופס תביעה – אבדן כושר עבודה ונכות

מבוטח נכבד,  
 אנו שולחים לך איחולי החלמה מהירה ומלאה, כלקוח שרכש פוליסת ביטוח חיים בחברתנו, באפשרותך להגיש תביעה, בהתאם לתנאי הפוליסה. לנוחיותך, מצורף טופס תביעה הכולל הנחיות כיצד למלאו ופירוט המסמכים הדרושים לנו לטיפול בתביעה. אם הנך מתקשה במילוי הטופס, אל תהסס להתקשר לסוכן הביטוח שלך שישמח לעזור ולייעץ לך.

פרטי הסוכן			
שם הסוכן	מס' הסוכן	כתובת דוא"ל של איש קשר	טלפון

\* להלן פירוט האישורים הנחוצים לטיפול בתביעתך, לפי סוגי התביעות

### חדש! ביכולתך לצפות בסטטוס תביעה תחת מידע אישי באתר הפניקס

אובדן כושר עבודה	
אישורים רפואיים	
<ul style="list-style-type: none"> <li>סיכום מידע רפואי מטעם הרופא המטפל ו/או סיכום מחלה מבית החולים, הכולל את תאור הפגיעה/מחלה/נכות ופירוט יכולתו הפיזית והשיקומית של המבוטח.</li> <li>אישורי מחלה, תקציר תיק רפואי הכולל אבחנות +תאריך גילוי מרופא מקצועי או רופא תעסוקה לכל תקופת אובדן כושר העבודה.</li> <li>אם הוגשה תביעה לביטוח לאומי: אישורים מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי הפרוטוקולים מדיונים והחלטות הוועדות הרפואיות.</li> </ul>	לידיעתך, את המסמכים הרפואיים העדכניים יש לשלוח חודש לפני תום תקופת ההמתנה.

אישורי שכר	
<ul style="list-style-type: none"> <li>לגבי עצמאי: אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה לפני אובדן כושר העבודה, או אישור מס הכנסה על הכנסה חייבת במס (דוח שנתי למס הכנסה).</li> <li>אישור רו"ח על הכנסות מעסק, משכורת, משלוח יד מיום האירוע ואילך.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>לגבי שכיר: 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים או טופס 106 המתייחס לתקופה לפני אובדן כושר העבודה.</li> <li>אישור מעביד על תאריך הפסקת עבודה.</li> <li>במידה והמבוטח אינו עובד אך מקבל שכר מהמעביד: אישור על גובה השכר המשולם בתקופת אי הכושר.</li> <li>במידה והמבוטח חזר לעבודה חלקית: מועד החזרה לעבודה, גובה השכר המשולם ומספר שעות העבודה.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>שכיר בעל שליטה: 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים או טופס 106 המתייחס לתקופה לפני אובדן כושר העבודה.</li> <li>(עד 5 בעלי שליטה) אישור מעביד על תאריך הפסקת עבודה.</li> <li>במידה והמבוטח אינו עובד אך מקבל שכר מהמעביד: אישור רו"ח על גובה השכר המשולם בתקופת אי הכושר.</li> <li>במידה והמבוטח חזר לעבודה חלקית: מועד החזרה לעבודה, גובה השכר המשולם ומספר שעות העבודה.</li> <li>רשימת מקבלי שכר בשנה האחרונה.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>מס הכנסה: לתשומת לבך קצבת אובדן כושר עבודה חייבת במס הכנסה והמס מנוכה במקור, ובמקרים מסויימים גם בדמי ביטוח לאומי ומס בריאות. מצורף בזה טופס 101.</li> <li>באם הנך מעוניין בתשלום מס מופחת אנא פנה למיישב התביעות לקבלת מכתב הפניה מתאים למס הכנסה ולביטוח לאומי.</li> </ul>	

נכות מתאונה	
<ul style="list-style-type: none"> <li>סיכום רפואי מטעם הרופא המטפל ו/או סיכום מחלה מבית החולים, הכולל את תאור הפגיעה/מחלה/נכות.</li> <li>חוות דעת מטעם גורם רפואי (ביטוח לאומי או רופא מומחה) המעידה על שיעור נכותו הצמיתה של המבוטח על פי הפוליסה.</li> <li>במקרה של קביעת אחוזי נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, יש לצרף את הפרוטוקול משיבת הועדה, המגדיר את הסעיפים לפיהם ניתנה הנכות.</li> <li>במקרה של תאונה, יש לצרף אישור מיום האירוע המעיד על התאונה. על האישור להיות מגורם ממשלתי כמו:משטרה, משרד הבטחון או מוסד רפואי.</li> </ul>	

החזר פרמיות	
<ul style="list-style-type: none"> <li>באם הפוליסה שברשותך משולמת באמצעות כרטיס אשראי, לצורך החזר הפרמיות (ככל שיידרש), יש למלא ולחתום על טופס "בקשה להחזר פרמיה בגין גביה מכרטיס אשראי", הנמצא באתר החברה באינטרנט.</li> </ul>	

פרטי המבוטח					
עצמאי / שכיר / בעל שליטה					
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.		עיסוק	הקף בעיגול
רחוב	מספר	ישוב	ת.ד.	מיקוד	מספר טלפון
דואר אלקטרוני			נייד		

פרטי המעסיק			
שם המעסיק / החברה	ע.מ. המעסיק / מס' חברה (ח"פ)	כתובת	מספר טלפון

פרטי אירוע התביעה		אובדן כושר עבודה		נכות	
במקרה של מחלה	תאריך אבחון המחלה	שם המחלה			
	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן				
	האם אושפזת בשל המחלה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	פרט: בבית חולים	מחלקה	
במקרה של תאונה	שם הרופא המטפל	כתובת			
	תאריך ארוע התאונה/פגיעה	תאור קצר של נסיבות התאונה			
	האם אושפזת בשל המחלה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	פרט: בבית חולים	מחלקה	
שם הרופא המטפל		כתובת			

זכאות מביטוח לאומי, קרנות פנסיה, חברת ביטוח אחרת		
האם תבעת או שאתה זכאי לתבוע בקשר לתשלום פיצויים בשל מחלתך/פגיעתך?		
ביטוח לאומי	קרנות פנסיה	חברת ביטוח אחרת
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
פרט: _____	שם הקופה: _____	שם הקופה: _____
_____	מס' פוליסה: _____	מס' פוליסה: _____
_____	מס' תביעה: _____	מס' תביעה: _____
_____	פרט: _____	פרט: _____

תאריך הפסקת עבודה _____/_____/_____	האם חזרת לעבודה חלקית	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	תאריך משוער לחזרה לעבודה _____/_____/_____
-------------------------------------	-----------------------	---	--

הצהרת הסוכן לגבי ביטוחים בחברות אחרות	
אני הח"מ	מס' ת.ז. (סוכן ביטוח)
מצהיר ומאשר בזאת כדלקמן (נא לסמן בעיגול מס' הסעיף הרלוונטי):	
<input type="radio"/> המבוטח שבנדון לא בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת כסויים ביטוחיים מקבילים בכל חברת ביטוח אחרת מלבד הפניקס.	
<input type="radio"/> המבוטח שבנדון בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת/ות כסויים ביטוחיים מקבילים בחברת/ות הביטוח: כדלקמן: _____	
תאריך	חתימת הסוכן
_____	X _____

הצהרת המבוטח		
הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה שיוחזר אלי כושר העבודה ולו באופן חלקי. הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות ולהחזיר לחברה כספים ששולמו לי עבור התקופה שלאחר חזרתי לעבודה/סיום התביעה.		
תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימה
_____	_____	X _____

← פרטי הבנק - בצירוף המחאה לדוגמא ו/או אישור הבנק על קיום חשבון

שם בעל החשבון	ת.ז.	מספר חשבון הבנק
שם הבנק	מספר סניף	כתובת הסניף

← בקשת מידע רפואי - ויתור על סודיות

אני החתום מטה נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן\* ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או למשטרת ישראל ו/או לחברות הביטוח ו/או קרן פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצב הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן ו/או נותני השרותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

בקשתי זו תחייב גם את יורשי ו/או עזבוני.

לתשומת לבך עד לחתימה יכול להיות: עו"ד/ רופא מבטח/ סוכן ביטוח.

\* לכל חברה המספקת שירותים רפואיים, שירותי בדיקות רפואיות, בתי מרקחת מכל סוג, חברת לשירותים אמבולטוריים (לרבות אמבולנסים), קבוצת וארגני ספורט, מרכז ספורט, חדרי כושר וספורט, מטפלים פרטיים במקצועות הפרא רפואיים, מכונים לטיפולים פרא- רפואיים.

← פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	נייד
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד
שם קופ"ח	שם קופה קודמת	חתימת המבוטח	X

← פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, אחות, עו"ס, פסיכולוג, סוכן ביטוח מורשה, חתימה וחומת בבנק)

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תפקיד	מס' רישיון
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד	
תאריך			X	חתימה וחומת

← הצהרת מבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

תאריך	חתימת המבוטח/האפוטרופוס
	X

← הצהרת מבוטח - אישור קבלת תכתובות מהמבטח באמצעות הסוכן

הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס.

תאריך	חתימת המבוטח/האפוטרופוס
	X

← חתימת המבוטח

תאריך	שם פרטי ומשפחה של המבוטח	חתימה
		X

# כרטיס עובד<sup>(1)</sup>



## 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
			9

### ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית	מספר טלפון			
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	רווק/ה	נשוי/אה	חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	<input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, שם הקופה <input type="checkbox"/> לא

### ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

תאריך תחילה העבודה <sup>(1)</sup> בשנת המס	אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף) <input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup> <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/> קצבה <sup>(6)</sup> <input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup>	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגיניו קצבת ילדים מב"ל	2	1	שם	מספר זהות	תאריך לידה

### ה. פרטים על הכנסות אחרות

<input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן: <input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> קצבה <sup>(6)</sup> <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup> <input type="checkbox"/> ממקור אחר <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup> אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י: <input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת <sup>(7)</sup> <input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו <sup>(8)</sup> <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת <sup>(9)</sup> <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת <sup>(10)</sup>
---

### ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קיצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת			

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

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

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה<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 אני  עולה חדש/ה  תושב/ת חוזר/ת מתאריך \_\_\_\_\_ .  
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך \_\_\_\_\_ .  
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.  
**חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדש/ה - תעודת עולה.**

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.  
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוורת/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית<sup>(11)</sup> החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.  
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים \_\_\_\_\_ .

8 בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_ .  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס \_\_\_\_\_ .

9 אני הורה יחיד<sup>(12)</sup> לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

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

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

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

13 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות \_\_\_\_\_ .  
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

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

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.  
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.  
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת<sup>(1)</sup> כמפורט להלן:  
**ה מ ע ב ד / מ ש ל מ ה מ ש כ ו ר ת <sup>(1)</sup>**

ש	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה (לפי התלושים)
		9			
		9			
		9			

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

ל. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים לדעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבקש/ת \_\_\_\_\_

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
- (2) "עבודה" רבות קבלת משכורת. "מלגה" רבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (3) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (4) משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או נוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (5) משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
- (6) 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.
- (7) 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.
- (8) מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (11) 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.
- (12) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (13) 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.