טופס תביעה חודשי לכיסוי הוצאות ששולמו לעובד בעד תקופת מחלה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

הראל
ביטוח ופיננסים

נא לשלוח לפקס משיכות: 03-7348351
או למייל: mfax@harel-ins.co.il

לכבוד: הראל פנסיה וגמל בע"מ

שם הקופה	מספר הקופה	מס' תיק ניכויים
הראל-דקל קופת גמל לדמי מחלה	857	935921742

הנני להצהיר, כי שילמתי לעובדים המפורטים להלן את הסכומים המפורטים בעד תקופת מחלה לפי הוראות הזכאות לדמי מחלה כהגדרתן בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופת גמל), התשכ"ד-1964. ידוע לי שחלה תקנה 2 לתקנות מס הכנסה (ניכוי מסכומים ששולמו למעביד מאת קופת גמל), תשמ"ב-1981 ומסכומים משולמים ינוכה מס בשיעור 40%.

הנני מצהיר כי יש בידי את כל המסמכים הנדרשים להוכחת זכאות העובדים לקבלת הסכומים

א

העובד		החולה שבגינו משתלמים הסכומים			תקופת המחלה		הסכום ששולם
שם	מספר ת.ז.	שם	מספר ת.ז.	קרבה (*) ילד/הורה/בן זוג	מיום	עד יום	
						סה"כ	

*ימולא רק אם דמי המחלה שולמו בגין מחלת מי **שאינו** עובד העמית

ב

שם המעסיק (העמית)	מספר החברה/העוסק	תיק הניכויים	מס' חשבון בקופה

פרטי חשבון הבנק להעברת הכספים: יש לצרף לטופס הבקשה אישור חשבון בנק.	מספר חשבון	סניף	בנק	מספר טלפון

טופס זה יתויק בתיק המעסיק (העמית) בקופת הגמל. העתק מטופס זה יישמר בידי המעסיק (העמית)

ג **פרטי המורשים לחתום בשם המעסיק** – נא לצרף אישור רואה-חשבון או העתק פרוטוקול לגבי מורשי חתימה בשם המעסיק

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	חתימה
.1				
.2				

☐ מצ"ב תצלום תעודות זהות של כל מורשי החתימה

חותמת המעסיק

סטודיו הראל 24841/27271 12/2019