



שדרות ויצמן 13  
ירושלים 91909  
טל': 02-6709504

מוסד לביטוח לאומי  
הוזן למחשב

בס"ד  
ט"ז חשון תשס"א  
14 נובמבר, 2000

חוזר כללי/ 218/00  
חוזר גל"ש/ 1305  
חוזר ביטוח/ 1263

6 11 2000

אל: מנהלי תחום ביטוח וגביה  
מנהלי סניפי משנה

הנדון: אי ניכוי דמי ביטוח מפנסיה לגמלאי צה"ל  
המשלמים דמי ביטוח על בסיס מקסימום

א. כללי

במטרה לייעול העבודה ושיפור השרות לגמלאי צה"ל המשלמים דמי ביטוח בעד עצמם על בסיס המקסימום, הוסכם שמתן האישור על אי ניכוי דמי ביטוח מהפנסיה יתבצע ישירות במדור שרותי מס של צה"ל.

הסדר זה יחסוך מגמלאי צה"ל את הצורך בפניה למוסד לבקשת אישור על אי ניכוי ומסירתו לביצוע לצה"ל ויתרום להליך מסודר שבו גוף מאורגן יביא לידיעת הגמלאי את המידע הקשור באי חיוב דמי ביטוח על הכנסה העולה על מקסימום הקבוע בחוק.

ב. אופן מתן האישור על אי ניכוי דמי ביטוח מהפנסיה

1. פנסיונר של צה"ל, החייב בעצמו בתשלום דמי ביטוח על בסיס מקסימום, ימציא למדור שרותי מס בצה"ל את פנקס המקדמות שנשלח אליו מהמוסד לביטוח לאומי.

2. פקיד מדור תשלומי מס יבדוק עפ"י הנתונים בפנקס אם סה"כ הכנסותיו החייבות בדמי ביטוח (פרט לפנסיה) מגיעות למקסימום.

3. אם הבדיקה תעלה שהכנסות החייבות בדמי ביטוח (ממקור עצמאי, עצמאי ושכיר, עצמאי ובעל הכנסה שלא מעבודה, בעל הכנסה שלא מעבודה) מגיעות למקסימום ויש מקום לאי חיוב הגמלאי מתשלום דמי ביטוח מפנסיה, ימלא פקיד צה"ל את טופס אי החיוב (ראה נספח) על כל פרטיו ויאשר את הפרטים בחתימתו ובחותמת צה"ל.



4. הטופס יימסר למבוטח כדי שיאמת את הפרטים ויאשר בחתימתו את החצהרות הכלולות בו.
5. המקור של הטופס המלא והחתום יישלח לתחום הגביה במשרד הראשי וההעתק ישאר במדור שרותי מס בצה"ל. לאחר בדיקת הטופס במשרד הראשי ואימות הנתונים אל מול נתוני המוסד, יישלח הטופס לסניף לתיוק בתיק הגביה. אם לא תהיה התאמה בנתונים יטופל כל מקרה כזה לגופו.
6. האישור על אי הניכוי יינתן לגבי כל שנה בנפרד ולא יאוחר מחודש דצמבר של השנה השוטפת.
7. אבקש להביא תוכן חוזר זה לידיעת כל העובדים הנוגעים בדבר. מצ"ב כנספח דוגמת הטופס שהוכן לשימוש מדור שרותי מס בצה"ל.

בברכה

מינהל הביטוח והגביה  
אגף הגביה



צבא הגנה לישראל  
 דואר צבאי 02369  
 מדור שירותי מס  
 טלפון: 03-5309413  
 תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד  
 המוסד לביטוח לאומי  
 תחום הגבייה מלא-שכירים  
 שדרות ויצמן 13  
 ת"ד 90009  
 ירושלים 91909

**הנדון: אי ניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות מחפנסיה.**  
**(עפ"י תקנה 12 א' לתקנות הביטוח הלאומי במסדית מיוחדים).**

הרינו מאשרים בזה כי עפ"י פנקס התשלומים שנשלח על ידכם בתאריך \_\_\_\_\_

אל המוסד

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	מספר אישי
----------	---------	------------	-----------

נקבעו מקדמות דמי ביטוח על בסיס המקסימום הקבוע בחוק לשנה זו.

עפ"י הכנסה רבעונית \_\_\_\_\_ כ-  עצמאי

עצמאי ושכיר

עצמאי ובעל חכנסה שלא מעבודה

לפיכך נפסיק את הניכוי מדמי ביטוח מחפנסיה החל מחדש \_\_\_\_\_ עד חודש \_\_\_\_\_ ולא יאוחר מדצמבר שנה זו.

חתימת המאשר \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_

**הצהרת הגמלאי**

הריני מצהיר בזאת כי אודיע למדור שירותי מס בצח"ל בתוך חודש ימים, על כל שינוי במעמדי או בזכנסותיי, כדי שייבדק מחדש אי ניכוי דמי הביטוח מחפנסיה שניתן לי.

הריני מתחייב כי במקרה בו עקב השינויים הנ"ל ייווצרו חובות למוסד לביטוח לאומי - החוב יוסדר על ידי במוסד לביטוח לאומי לרבות הפרשי הצמדה וקנסות בגין החוב.

ידוע לי שבמקרה ויתקבלו נתונים חדשים על מעמדי או חכנסותיי אשר ישפיעו על גובה דמי הביטוח ונדרשים ממני, יחיה רשאי המוסד לביטוח לאומי להודיע על ביטול אי הניכוי, מפנסיה.

שם המבוטח \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ חתימת \_\_\_\_\_

העתק: מדור זינוח - לחונח  
 מזרר נמלאות.