



לכבוד

סמך/י / בריבוע המתאים

משרד פקיד השומה

בקשת עמית מפקיד השומה למשיכת כספי תגמולים מקופת גמל ללא ניכוי מס
 בהתאם לתקנות 34 ו- 38 לתקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופת גמל) התשכ"ד 1964.

פרטי העמית (כאשר העמית קטין - יש למלא את פרטי האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מצב משפחתי	מספר ילדים עד גיל 18
כתובת		מספר טלפון			
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון נייד			

פרטי החשבון בקופת הגמל⁽¹⁾

שם הקופה	מספר תיק ניכויים	סוג העמית בקופה	תאריך הצטרפות לקופה	מספר חשבון	סכום המשיכה המבוקש
		<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר			

בקשות והצהרות

אני מבקש/ת למשוך כספים מקופת הגמל שפרטיה צוינו לעיל, בשל הסיבות להלן:

נכות רפואית⁽²⁾

חליתי או נפגעתי לאחר שהייתי לעמית בקופת הגמל ונקבעה לי נכות רפואית צמיתה בשיעור % _____, מיום _____.

קרובי⁽³⁾ חלה או נפגע לאחר שהייתי לעמית בקופת הגמל ונקבעה לו נכות רפואית צמיתה בשיעור % _____, מיום _____.

הוצאות רפואיות⁽⁴⁾

* סך ההוצאות הרפואיות בהן נשאתי/אשא בשנת המס עבורי/עבור קרובי הוא ₪ _____.
 (אין לכלול הוצאות שהתקבל/יתקבל בשלהן החזר מגורם כלשהו, כדוגמת קופת חולים, חברות ביטוח).

* הכנסותי והכנסות בן/בת זוגי לרבות של ילדי הקטינים בשנת המס הן ₪ _____.

* הכנסות קרובי שלטובתו נשאתי/אשא בהוצאות הרפואיות ושל בן/בת זוגי בשנת המס הן ₪ _____.

פרטי קרובי שנקבעה לו נכות רפואית צמיתה או שלטובתו נשאתי בהוצאות רפואיות:

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	הקירבה
---------	----------	-----------	--------

מצ"ב המסמכים להוכחת זכאותי למשיכת הכספים. אני מצהיר/ה שכל הפרטים המצויינים לעיל נכונים ומלאים.
כמו כן, ידוע לי שפקיד השומה רשאי לדרוש ממני תשלום מס בגין סכומים ששולמו על פי הצהרתי זו, לרבות ריבית והפרשי הצמדה, זאת אם יתברר שהמשיכה היתה שלא על פי התנאים הקבועים בתקנות.

תאריך

שם מלא

חתימה

דברי הסבר למילוי הטופס

(1) יש לצרף אישור יתרה מהקופה וכן אישור על מועד הצטרפות לחשבון בקופת הגמל. **לתשומת לבך:** משיכת כספים מקרן פנסיה כפופה לתקנונה. (2) משיכת הכספים תתאפשר במקרה בו לאחר שהייתי לעמית באותו חשבון, הוא או קרובי חלה או נפגע ונקבעה לו נכות רפואית צמיתה בדרגה של 75% או יותר על פי אחד החוקים המפורשים בסעיף 9(5)(א) לפקודת מס הכנסה.

(3) לענין זה "קרוב" - בן זוג, הורה, הורי הורה, צאצאי, צאצאי בן הזוג וכן זוגו של כל אחד מאלה.

(4) משיכת הכספים תתאפשר במקרה בו סך ההוצאות הרפואיות של העמית בשנת המס, למעט הוצאות לטיפול שיניים, גבוהות ממחצית ההכנסה השנתית שלו, של בן זוגו, של קרובו שלטובתו נשא בהוצאות הרפואיות ושל בן הזוג של קרובו האמור. יובהר כי, הסכום שתשלם קופת הגמל על חשבון התגמולים לא יעלה על סכום ההוצאות הרפואיות כאמור.

לידיעתך, ניתן לממש את הזכאות למשיכת כספים מקופת גמל גם בשל "מיעוט הכנסות" וזאת בהתאם לתקנה 34(ב)(2) לתקנות מס הכנסה (כללים לאישור וניהול קופות גמל) התשכ"ד-1964. לצורך כך לפנות ישירות לקופת הגמל.

לענין זה תנאי "מיעוט הכנסות" מתקיים כאשר אין לעמית ולבן זוגו הכנסות העולות על "סכום ההכנסה המזערית" בחודש מסוים. "סכום ההכנסה המזערית" - סכום שכן מינימום לחודש, לפי חוק שכן מינימום, ואם בשנת המס היה לעמית ולבן זוגו לפחות ילד אחד שטרם מלאו לו 18 שנה - כפל הסכום כאמור.

על העמית להגיש הצהרה לקופת הגמל בדבר גובה הכנסותיו והכנסות בן זוגו לאותו חודש, בתוך 60 יום מתום אותו חודש (להלן: "ההצהרה"): הוגשה הצהרה כאמור, תשלם קופת הגמל לעמית מהתגמולים העומדים לזכותו, סכום שהוא הפרש שבין סכום ההכנסה המזערית לבין סכום הכנסות בני הזוג כאמור בהצהרה: ההצהרה תהיה בתוקף לתקופה של חודשיים נוספים על החדש שלגבי ניתנה (להלן: "תקופת הזכאות"), וזאת אם בתקופת הזכאות הוגשה לקופת הגמל הצהרה מתקנת או שניתנה לה הודעה רשות המיסים על הפסקת התשלום. בתום כל תקופת זכאות יהיה העמית רשאי להגיש הצהרה חדשה.