

בקשה למשיכת כספי תגמולים לעצמאים

(יש לצרף לבקשה זו: צילום ת.ז. עדכני וצילום שיק / אישור על ניהול חשבון לאימות פרטי העו"ש)

פרטי הבעל הפוליסה / המבוטח			
שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז.	תאריך לידה
כתובת מגורים	עיר	רחוב	בית
			דירה
דוא"ל	טלפון נייד	מאשר קבלת ההודעות ב-SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/> אינני מעוניין כי תעדכנו את פרטי הכתובת, נייד ודוא"ל אצלכם לפי המפורט במסמך זה. ככל שלא תסומן בחירה זו, פרטייך בחברה בפוליסות ביטוח חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה.			

בקשת פדיון	
פוליסות מספר:	
<input type="checkbox"/> פדיון בתום תקופת ביטוח	<input type="checkbox"/> פדיון

תנאים מזכים לפטור ממס			
משיכת כספי התגמולים כפופה לתקנות קופות גמל. נבקשך לסמן את האפשרות המתאימה לך ובהתאם ייקבע פטור ממס או ניכוי המס.			
1. משיכה פטורה ממס בפוליסות תגמולים לעצמאיים			
<input type="checkbox"/>	בפוליסות בתכנית הון בגין הפקדות עד 31.12.2005 - פטור לאחר 15 שנות וותק או בגיל 60 בוותק של 5 שנים בפוליסה.		
<input type="checkbox"/>	בפוליסות בתכנית הון בגין הפקדות עד 31.12.2005 - פטור ממס בגיל 60 בוותק של 5 שנים בפוליסה.		
<input type="checkbox"/>	בפוליסות בתכנית הון בגין הפקדות מ-1.1.2006 ועד 31.12.2007 - פטור בגיל 60 בוותק של 5 שנים בפוליסה.		
<input type="checkbox"/>	בפוליסות בתכנית קצבה עם תחילת ביטוח עד 30.4.1997 והפקדות עד 31.12.1999 - פטור לאחר 15 שנות וותק או בגיל 60 בוותק של 5 שנים בפוליסה.		
2. תנאים חריגים לשחרור כספי תגמולים ללא מס			
בהתאם לסיבה המעוגנת בתקנות קופות הגמל תשכ"ד 1964, שאותה סימנתי מטה, אני זכאי לשחרור הכספים ללא ניכוי מס.			
<input type="checkbox"/>	בשל מיעוט הכנסות. יש למלא ולצרף טופס 159 א' מרשות המיסים וכל המסמכים הנדרשים בו.		
<input type="checkbox"/>	בשל הוצאות רפואיות עבורי / עבור קרובי*. מצורף אישור פקיד שומה (מצ"ב עותק טופס 159 שהועבר לרשות המיסים).		
<input type="checkbox"/>	בשל נכות רפואית ממחלה או תאונה שארעה לי או לקרובי* לאחר תאריך תחילת הביטוח בפוליסה זו. מצורף אישור פקיד שומה (מצ"ב עותק טופס 159 שהועבר לרשות המיסים).		
* הגדרת קרוב: בן זוג, הורה, הורי הורה, צאצא, או צאצא של בן הזוג או בן זוגו של כל אחד מהם			
3. פדיון תגמולים לפי היוון קצבה			
<input type="checkbox"/>	בקשה להיוון קצבה מזכה, בהתאם לאישור פקיד שומה המצורף.		
<input type="checkbox"/>	בקשה להיוון קצבה מוכרת בסך: _____ ש"ח, בכפוף לעמידה בתנאים הבאים: <ol style="list-style-type: none"> המבוטח/ת הגיע/ה לגיל 60 לפחות. המבוטח/ת מקבל/ת בפועל קצבת זקנה מקופה או מעסיק, בסכום שלא יפחת מסכום קצבה מזערי. מצ"ב 3 תלושי קצבה רציפים. ידוע לי כי בהיוון קצבה מוכרת ינוכה 15% מס מהרווח הנומינלי 		
4. משיכה שלא כדין - בניכוי מס			
<input type="checkbox"/>	ידוע לי שבבקשתי זו לפדיון כספי התגמולים, אחויב בניכוי מס בשיעור מינימאלי של 35%, מאחר ואינני עומד בתנאים למשיכה ללא מס (כאמור בסעיפים לעיל).		
תאריך	שם	ת.ז.	חתימה

הנחיות לפדיון (יש לסמן את הבחירה הרלוונטית)	
<input type="checkbox"/>	ברצוני לפדות סך _____ ש"ח מכספי התגמולים הפטורים ממס (ככל שקיימים) והיתרה מתגמולים חייבים במס.
<input type="checkbox"/>	ברצוני לפדות את כל כספי התגמולים הפטורים ממס.
<input type="checkbox"/>	ברצוני לפדות את כל כספי התגמולים הפטורים (ככל וקיימים), והחייבים במס, בניכוי מס כחוק.

פרטי הפקדה (יש לצרף צילום שיק / אישור על ניהול חשבון בנק)					
אבקש להפקיד את הפדיון לחשבוני על פי הפרטים הבאים:					
שם בעל החשבון	שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון

הצהרת המבוטח			
הנני מגיש בקשתי למשיכת הכספים מהחיסכון הפנסיוני הקיים על-שמי, זו לאחר שהבנתי את ההשלכות, עלי ועל בני משפחתי, לרבות:			
1. ידוע לי כי משיכת כספים באופן חלקי עלולה לגרום להקטנה וחוסר בכיסוי הביטוחי בפוליסה.			
2. ידוע לי כי במשיכת מלא הכספים מהפוליסה, הפוליסה וכל הכיסויים הביטוחיים יבוטלו.			
3. ידוע לי כי כל משיכת כספים מהפוליסה, מקטינה את החיסכון העתידי לגיל פרישה.			
4. ידוע לי כי משיכת הכספים כפופה לבחינת מס בהתאם להוראות הדין, ומשמעויות הפטור/ ניכוי מס נבחנו על ידי בהתאם לתנאים המפורטים בטופס זה, בטרם הגשת בקשת המשיכה.			
5. ידוע לי שמשיכת כספים כפופה לתנאי הפוליסה.			
תאריך	שם	ת.ז.	חתימה

ניתן להעביר לפקס מספר 03-7569566 או סרוק בדואר אלקטרוני ל bht@ayalon-ins.co.il





**(בהתאם לתוספת השלישית בצו איסור הלבנת הון תשע"ז-2017)
הטופס ימולא על-ידי בעל הפוליסה מבקש הפדיון**

			מספרי הפוליסה/ות:
--	--	--	-------------------

אני _____ שם פרטי/תאגיד _____ שם משפחה _____ ת.ז./ מספר תאגיד _____

מצהיר בזאת כי:

אני פועל בעבור עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה* זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח/ משיכת הכספים מהפוליסה.

יש נהנה* בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזהוי שלו טרם ידועים;

הסיבה לכך: _____

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

*הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח / משיכת הכספים מהפוליסה הם:

מען	מין	תאריך לידה	שם המדינה בה הונפק הדרכון	מספר זהות / מספר תאגיד / דרכון	שם משפחה	שם פרטי / שם תאגיד
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	/ /				
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	/ /				

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד)

מען	מין	תאריך לידה	שם המדינה בה הונפק הדרכון	מספר זהות / מספר תאגיד / דרכון	שם משפחה	שם פרטי
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	/ /				
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	/ /				
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	/ /				
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	/ /				

הגדרת "נהנה" - אדם שאינו מוטב למקרה חיים או מוטב למקרה מוות, שבעבורו או לטובתו מוחזק הרכוש או נעשית פעולה ברכוש, או שביכולתו לכוון פעולה ברכוש, והכל במישרין או בעקיפין, ולעניין תאגיד - גם בעל שליטה בתאגיד.

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

סמן מי מצהיר:	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
<input type="checkbox"/> בעל הפוליסה / המבוטח <input type="checkbox"/> אפוטרופוס	_____	_____	_____/____	_____/____/____	

ניתן להעביר לפקס מספר 03-7569566 או סרוק בדואר אלקטרוני ל bht@ayalon-ins.co.il

