

דף מידע - תנאי משיכת כספי תגמולים לעצמאים בהתאם להוראות מס הכנסה**משיכת כספי תגמולים לעצמאים:**

- 1 - יש למלא טופס בקשת משיכה.
- 2 - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. (כאשר תעודת זהות היא ביומטרית יש לצרף צילום של 2 צידי התעודה).
- 3 - יש לצרף צילום שיק מבוטל או אישור לניהול חשבון הכוללים שם מלא ומספר תעודת זהות לצורך ביצוע העברה בנקאית.

כללי משיכת כספי תגמולים לעצמאים כדין - כפוף להוראות מס הכנסה

קופה קצבתית	תקופת זמן
א. לקופה קיים ותק של 15 שנים ב. גיל המבוטח 60 ולקופה ותק של 5 שנים לפחות מיום ההפקדה הראשונה	פוליסה שהופקה עד 30/04/1997 לגבי כספים שהופקדו עד 31/12/1999
כספי תגמולים ניתנים למשיכה כקצבה בלבד, אחרת יחוייבו בשיעור מס במקור של 35% ע"פ תקנות מס הכנסה.	פוליסה שהופקה לאחר 01/05/1997
כספי תגמולים ניתנים למשיכה כקצבה בלבד, אחרת יחוייבו בשיעור מס במקור של 35% ע"פ תקנות מס הכנסה.	כספי תגמולים שהופקדו החל מ - 01/01/2000
קופה הונית (הפקדות משנת 2008 יחשבו כקצבה*)	תקופת זמן
א. לקופה קיים ותק של 15 שנים ב. גיל המבוטח 60 ולקופה ותק של 5 שנים לפחות מיום ההפקדה הראשונה	כספי תגמולים שהופקדו לפני 31/12/2005
גיל המבוטח 60 ולקופה ותק של 5 שנים לפחות	כספי תגמולים שהופקדו החל מיום 01/01/2006 ועד 31/12/2007
כספי תגמולים ניתנים למשיכה כקצבה בלבד, אחרת יחוייבו בשיעור מס במקור של 35% ע"פ תקנות מס הכנסה	כספי תגמולים החל מ - 1/1/2008

*** כספים שהופקדו החל מיום 1/1/2008 יחשבו ככספים קצבתיים ומשיכתם לפני מועד קבלת קצבה תגרור ניכוי מס בשיעור 35% ע"פ תקנות מס הכנסה**

מקרים בהם **לא ינוכה מס במקור** - גם במקרה של משיכה שלא כדין:

- עמית שנקבעה לו נכות 75% ומעלה - כפוף לאישור פקיד שומה.
- עמית שהוצאות הרפואיות שהוא נדרש לשלם בשנת המס גבוהות ממחצית ההכנסה השנתית - כפוף לאישור פקיד שומה.
- עמית שאין לו ולבן/בת זוגו הכנסות העולות על סכום שכר המינימום במשק - כפוף להמצאת אסמכתאות הנדרשות.
- עמית שנפטר - יורשי העמית רשאים לפדות את הכספים בקופה והכל בהתאם להוראות הדין.



dt3735

חותמת נתקבל

בקשה לפדיון - עצמאים

לקוח/ה יקר/ה, פוליסת הביטוח אשר ברשותך מבטיחה לך ביטחון כלכלי ותסייע לך ולקרוביך בעת קרות מקרה הביטוח. לפיכך, אנו ממליצים לך לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד השרות בחברה, בטלפון *3453, לקבלת הסבר בנוגע למשמעות פדיון וקבלת סיוע במציאת פתרון חלופי.

שם הסוכן:

1. פרטי המבוטח (יש להעביר צילום תעודת זהות)

שם מלא	מספר זהות	כתובת
טלפון נייד	טלפון נייד	דואר אלקטרוני

2. סוג המשיכה - כספי תגמולים לעצמאים (כספים הכפופים להוראות מס הכנסה)

<input type="checkbox"/>	פדיון מלא מפוליסה מספר	בכפוף לניכוי מס במקור עקב משיכה שלא כדין.
<input type="checkbox"/>	פדיון מלא מפוליסה מספר	פטורים ומהווים משיכה כדין בלבד.
<input type="checkbox"/>	פדיון חלקי מפוליסה מספר	ע"ס ברוטו ש בניכוי מס במקור עקב משיכה שלא כדין.
<input type="checkbox"/>	פדיון חלקי מפוליסה מספר	ע"ס ברוטו ש פטורים ומהווים משיכה כדין בלבד.

3. פרטי חשבון בנק להעברת הכספים (יש לצרף צילום שיק מבוטל או אישור לניהול חשבון)

שם בעל החשבון	שם הבנק	מספר הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון
---------------	---------	-----------	----------	------------	------------

4. הצהרות המבוטח על פי צו איסור הלבנת הון

אני _____ בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:

אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.

יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים, הסיבה לכך _____.

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים בפוליסה הם:

שם מלא	מס' זהות / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהנה תושב חוץ: כן לא במידה והתשובה כן אנא מלא שאלון 1 איש ציבור זר.

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

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

תאריך _____ חתימת המבוטח: X _____

*עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין. יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין FATCA ו-CRS

5. הצהרות הלכות

א. ידוע לי כי פדיון מלא / חלקי, יגרום לביטול הכיסויים הביטוחיים או להקטנתם וכתוצאה מכך יפגעו זכויותי.

ב. ידוע לי שחידוש הכיסויים בפוליסה יהיה כרוך בהוכחת מצב בריאותי וכפוף להסכמת הכשרה חברה לביטוח בע"מ.

ג. ידוע לי שבמידה וקיימת הלוואה על שמי בחברת הכשרה חברה לביטוח בע"מ, יתרת ההלוואה תקוזז מיתרת הכספים המגיעים לי.

ג. ידוע לי שהפוליסה כפופה לתקנות מס הכנסה, וייתכן שינוכה מס במקור, עקב משיכה שלא כדין (ראה דף מידע).

8 - חתימות

תאריך: _____ / _____ / _____ שם מלא: _____ מס' זהות: _____ חתימה: _____

טופס זה יש להחזיר למוקד שירות באמצעות פקס מס' 03-5167870
או באמצעות כתובת המייל: scan-life@hcsra-ins.co.il