

דף מידע - תנאי משיכת כספי תגמולים של שכירים בהתאם להוראות מס הכנסה

משיכת כספי תגמולים שכירים או/ו פיצויים:

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.
4. יש לצרף מסמכי סיום עסקה, לרבות העברת הבעלות לעובד המופנה להכשרה חברה לביטוח בע"מ.
5. בפדיון פיצויים, יש לצרף טופס 161 או אישור פקיד שומה.

כללי משיכת כספי תגמולים של שכירים כדין - כפוף להוראות מס הכנסה

קופה קצבתית	תקופת זמן
א. מבוטח עזב את מקום עבודתו, ולא החל לעבוד במקום עבודה אחר בתוך 6 חודשים מיום העזיבה. ב. מבוטח עזב את מקום עבודתו, והחל לעבוד כעצמאי לאחר 6 חודשים מיום העזיבה. ג. מבוטח החל לעבוד אצל מעסיק חדש שאינו משלם עבורו תגמולים 13 חודשים לכל הפחות. ד. מבוטח בן 60 ובקופה קיים ותק של 5 שנים לפחות מיום ההפקדה הראשונה. ה. מבוטח בן 60 ועזב את מקום עבודתו או צמצם את היקף משרתו ב - 50% לפחות.	כספי תגמולים שהופקדו לפני 31/12/1999
כספי תגמולים ניתנים למשיכה כקצבה בלבד, אחרת יחוייבו בשיעור מס במקור של 35% ע"פ תקנות מס הכנסה.	כספי תגמולים שהופקדו החל מיום 31/12/1999

קופה הונית (הפקדות משנת 2008 יחשבו כקצבה*)	תקופת זמן
א. מבוטח עזב את מקום עבודתו, ולא החל לעבוד במקום עבודה אחר בתוך 6 חודשים מיום העזיבה. ב. מבוטח עזב את מקום עבודתו, והחל לעבוד כעצמאי לאחר 6 חודשים מיום העזיבה. ג. מבוטח החל לעבוד אצל מעסיק חדש שאינו משלם עבורו תגמולים 13 חודשים לכל הפחות. ד. מבוטח בן 60 ובקופה קיים ותק של 5 שנים לפחות מיום ההפקדה הראשונה. ה. מבוטח בן 60 ועזב את מקום עבודתו או צמצם את היקף משרתו ב - 50% לפחות.	כספי תגמולים שהופקדו לפני 31/12/2004
מבוטח בן 60 ובקופה קיים ותק של 5 שנים לפחות מיום ההפקדה הראשונה.	כספי תגמולים שהופקדו החל מיום 1/1/2005 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 שההוצאות הרפואיות שהוא נדרש לשלם בשנת המס גבוהות ממחצית ההכנסה השנתית - כפוף לאישור פקיד שומה.
 - עמית שאין לו או לבן/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.

12/2021 גרסה



חותמת נתקבל

בקשה לפדיון מנהלים

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 השירות הלקוחות, בטלפון *3453, לקבלת הסבר בנוגע למשמעות פדיון וקבלת סיוע במציאת פתרון חלופי.

1. פרטי המבוטח (יש להעביר צילום תעודת זהות)

שם מלא	מספר זהות	כתובת
טלפון נייד	טלפון נייד	דואר אלקטרוני

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

פדיון מלא מפוליסה מספר _____ בכפוף לניכוי מס במקור עקב משיכה שלא כדין.

פדיון מלא מפוליסה מספר _____ פטורים ומהווים משיכה כדין בלבד.

פדיון חלקי מפוליסה מספר _____ ע"ס ברוטו _____ ₪ בניכוי מס במקור עקב משיכה שלא כדין.

פדיון חלקי מפוליסה מספר _____ ע"ס ברוטו _____ ₪ פטורים ומהווים משיכה כדין בלבד.

החל מתאריך _____ ועד _____ תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, לא עבדתי כלל.

החל מתאריך _____ ועד _____ תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, הנני עצמאי ואין לי מעסיק המשלם עבורי תגמולים.

המעסיק הנוכחי אינו משלם עבורי תגמולים החל מתאריך _____ ועד _____ תקופה המהווה 13 חודשים לכל הפחות.

חתימת המעסיק: תאריך _____ חתימה וחותמת המעסיק. _____

מלאו לי 60 שנים - בחר את האפשרות המתאימה:

לקופה ותק של 5 שנים לפחות פרשתי ממקום עבודתי צמצמתי את משרתי ב - 50% לפחות.

3. סוג המשיכה - כספי פיצויים (חייב במכתב שחרור מהמעסיק + טופס 161 או פקיד שומה)

משיכת פיצויים ממעסיק נוכחי משיכת כספים ממעסיק קודם - שם המעסיק: _____

פדיון פיצויים בניכוי מס כחוק פדיון פיצויים פטורים מלא פדיון חלקי של פיצויים פטורים ע"ס _____ ₪ ברוטו.

פדיון פיצויים ברצף זכויות (יש לצרף אישור פקיד שומה) פדיון פיצויים ברצף קצבה (יש לצרף אישור פקיד שומה).

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

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

5. הצהרות הלקוח

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 לביטוח בע"מ.

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

6. חתימות

תאריך	שם מלא	מספר זהות	חתימה
-------	--------	-----------	-------

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