

קוד מסמך 1289

**נשלח באמצעות:**

דואר ישראל לכתובתכם

מייל: f1@fnx.co.il

פקס: 03-7337986

שיחה מוקלטת (לשימוש החברה)

לכבוד  
 הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה")

**הנדון: בקשה לפדיון תגמולי שכיר או עצמאי מפוליסת ביטוח חיים**

מוגשת לכם בזאת בקשתי שבנדון ("הבקשה"). חתימתי מטה מהווה אישור והצהרה בדבר נכונות הפרטים, ידיעתי והסכמתי לכל שנאמר בבקשה. בחירות בבקשה מסומנות ב- ✓.

הפדיון הינו של תגמולי שכיר  או עצמאי (יש למלא שאלון FATCA ו-CRS ותוספת שלישית - ראה עמ' 2-3 לטופס) הפדיון יתבצע  מכל הפוליסות  מפוליסות שמספריהן:

1	2	3
---	---	---

**אבקש לפדות את (חובה לציין):**

התגמולים הפטורים ממס (הסכום הפטור ממס יפדה לאחר שהחברה תבדוק את זכאותי לפטור ממס לאור הצהרותי (להלן)  כל כספי התגמולים כולל הכספים שאינם פטורים ממס ידוע לי שפדיון זה מהווה "משיכה שלא כדין", ואחויב בתשלום מס כדין.

**בקשת פדיון תגמולים פטורים ממס תתבסס על העובדות הבאות:**

מלאו לי 60 שנה  הייתי עצמאי  מובטל 6 חודשים ומעלה ברצף מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

יש לי פטור ממס שקיבלתי מפקיד השומה והוא מצורף לבקשה  יתכן שמגיע לי פטור ממס על הפדיון עקב מיעוט הכנסות. מצורף טופס 159 א' (הטופס נמצא באתר מס הכנסה: <https://taxes.gov.il>).  יש לי פטור ממס שקיבלתי מפקיד השומה והוא מצורף לבקשה

- ידוע לי כי:
- במקרה של פדיון מלוא התגמולים יבטלו הכסויים הביטוחיים בפוליסות הללו שלושה ימים לאחר הגשת הבקשה. אם ארצה לחדשם תהיה החברה רשאית לדרוש ממני הוכחת מצב בריאות, ובעקבותיה לייקר את מחיר הביטוח או אף לסרב לבקשתי לחדשו.
  - ביצוע הפדיון יקטין או אף יבטל את הכסוי הביטוחי הקיים בפוליסות הללו, ויפגע בזכויות העתידיות בהן.
  - יתרת חוב הלוואה (אם קיימת) תקוזז מן הפדיון שביקשתי.
  - אשלם לכם כל תשלום שהייתי חייב לשלמו בהתאם לתנאי הפוליסה, אם הוא לא בוצע עקב הפדיון.

אבקש להפקיד את כספי הפדיון ב  חשבוני  הנני מאשר העברת הכספים לצד ג' לחשבון על שם \_\_\_\_\_

**פרטי החשבון להעברה:** שם הבנק \_\_\_\_\_ מס' בנק \_\_\_\_\_ שם סניף \_\_\_\_\_ מס' סניף \_\_\_\_\_ מס' חשבון \_\_\_\_\_

ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים ולטובתי, תפנה החברה לבנק הרלבנטי (להלן: "הבנק") באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב) לאימות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מס' זיהוי ומס' חשבון, וזאת לצורך בדיקת תקינות פרטי חשבון הבנק שלי ועל מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני. הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה בנוגע להליך האימות כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל.

**מצורפים:**

צילום קריא של תעודת זהות שלי כולל הספה

צילום צ'ק שבו נראים בברור פרטי החשבון, או אישור הבנק על ניהול החשבון. לחשבון זה נא הפקידו את כספי הפדיון

שאלון FATCA ו-CRS ותוספת שלישית (יש לצרף בפדיון תגמולי עצמאי)

צילום קריא של תעודת זהות של בעל החשבון אליו ביקשתי להפקיד את הפדיון ולציין את הקרבה \_\_\_\_\_

טופס מהמעסיק הכולל הודעת עזיבה (יצורף בפדיון תגמולי שכיר)

חתימתי מהווה אישור והצהרה בדבר נכונות כל האמור בטופס זה.  אני המבוטח  אני מיופה כוחו/אפוטרופוס של המבוטח (מצ"ב יפוי כוח/צו מינוי אפוטרופוס)

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימה	תאריך
כתובת (רח' ומספר)	ישוב	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	דואר אלקטרוני

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

סוכן יקר, אם המסמכים לא נמסרו על ידך למשרדי החברה באותו יום בו התקבלו אצלך, הרי שעליך למלא טופס "הודעה על מועד קבלת מסמכי המבוטח", המצוי בפורטל הסוכנים, ולהעבירו יחד עם בקשת המבוטח לחברתנו. יובהר כי ככל שלא יתקבל טופס כאמור, תראה החברה את מועד קבלת המסמכים בחברה, כמועד בו נתקבלו אצל הסוכן.

**טופס שאלות FATCA-CRS**

<b>פרטי בעל הפוליסה</b>				
מס' ת.ז.	כתובת באנגלית	כתובת בעברית	שם משפחה בעברית	שם פרטי בעברית

<b>CRS-FATCA</b>	
האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא ארץ לידה: _____ *במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.	
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית

האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל?  כן  לא  
 במידה וענית "כן" אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:

מספר TIN	מדינה
	.1
	.2
	.3

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדין בכל אחת ממדינות התושבות שצינתי וכי חתמתי על בקשה זו, לרבות ההצהרות שבה, **בישראל**.  
 בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

<b>X</b>		
חתימת בעל הפוליסה		תאריך חתימה

**טופס הצהרת מוטב למקרה חיים/מוטב למקרה מוות**

**תוספת שלישית – (סעיף 5 (ד))**

מס' הפוליסה/החשבון: \_\_\_\_\_ שם קופת הגמל: \_\_\_\_\_

אני: \_\_\_\_\_ (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד), בעל מס' זהות: \_\_\_\_\_

מצהיר בזה כי:

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

הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון הם:

שם	מס' זהות <sup>1</sup>	תאריך לידה/התאגדות <sup>2</sup>	מען

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

שם	מס' זהות <sup>1</sup>	תאריך לידה

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 לחוק איסור הלבנת הון, תשע"ז-2017, מהווה עבירה פלילית.

<b>X</b>					
חתימת					תאריך

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי.

2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.