



הצהרה למשיכת כספי תגמולים לעצמאים

טופס מספר **013**

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

א. פרטי המבוטח				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)				
		מס' בית	יישוב	מיקוד

ב. מספרי הפוליסה/ות		
פוליסה מספר	פוליסה מספר	פוליסה מספר

ג. הצהרות המבוטח

ברצוני לשחרר את כספי התגמולים ללא מס, בהתאם לסיבה המפורטת מטה, סמן ב-X:

1. תנאים למשיכה ללא מס:

- פוליסות קצבה שהוצאו עד ל- 30.4.1997 ו/או כספים שהופקדו לפוליסות קצבה עד ל- 31.12.1999 ו/או קרן פנסיה שהופקדו בה כספים עד 30.4.1997 ו/או כספים שהופקדו בפוליסות הוניות עד 31.12.2005:
 - תאריך הלידה שלי הוא _____ כלומר מלאו לי 60 שנה ופוליסה ותק הפקדות של 5 שנים לפחות.
 - פוליסה ותק הפקדות של 15 שנים לפחות.
- כספים שהופקדו לפוליסות הוניות החל מ- 1.1.2006 עד 31.12.2007:**
 - תאריך הלידה שלי הוא _____ כלומר מלאו לי 60 שנה ופוליסה ותק הפקדות של 5 שנים לפחות.

2. כספים שהופקדו לפוליסת קצבה החל מ- 1.1.2000 או פוליסות קצבה שהונפקו לאחר 30.4.1997 או קרן פנסיה שהופקדו בה כספים לאחר 30.4.1997 וכספים בקופת גמל לא משלמת מ- 1.1.2008:
יש לסמן X בסעיף 4.

3. תנאים חריגים לשחרור כספי תגמולים ללא מס

בהתאם לסיבה המעוגנת בתקנות קופות הגמל תשכ"ד - 1964, שאותה סימנתי מטה, אני זכאי לשחרור הכספים ללא קיזוז מס. מצ"ב אישורים ממס הכנסה:

- מיעוט הכנסות, כמפורט בסעיף 34(ב)(2). מצ"ב טופס 159 א' וכל המסמכים הנדרשים בו.
- אני נזקק לכספי הפדיון שבנדון למטרת כיסוי הוצאות רפואיות כמפורט בסעיף 34(ב)(3).
- אני נזקק לכספי הפדיון שבנדון עקב מחלתי או מחלת קרוב משפחה (פרושו - בן זוג, הורה, הורי הורה, צאצא וצאצא בן הזוג ובן זוגו של כל אחד מהם), נקבעה בגינה נכות צמיתה של לפחות 75% עפ"י סעיף 5(א) לפקודה, כמפורט בסעיף 34(ב)(4). מצ"ב כנדרש אישור פקיד שומה באמצעות טופס 159.

4. ידוע לי שאיני זכאי לפטור ממס בגין הכספים או חלק מכספים אלה מכיוון שאף אחת מהסיבות המעוגנות בתקנות קופות הגמל המפורטות מעלה, אינן מתאימות למעמדי. למרות זאת, אבקשם לפדות לי את הכספים שנוצטברו לזכותי בניכוי מס סופי במקור בשיעור של 35%, כמתחייב מתקנות מס הכנסה.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
חתימת המבוטח *	שם פרטי ושם משפחה	תאריך

(מהדורה 10.2010)



014090130101011010

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 409