

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	

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

## בקשה לפדיון בתשלומים

טופס מספר **564**

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

## שאלות לעניין איסור הלבנת הון

יש לסמן רק אחת מהאפשרויות להלן. יתכן ובהתאם לניהול סיכוני איסור הלבנת הון תדרש למלא טופס הכר את הלקוח.

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

אני מצהיר כי יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה וקיים נהנה יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי מספר טופס 2624)

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.  
אני מצהיר בזה כי 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 המצהיר

## ב. שאלות בנושא דיווח מס בארה"ב (FATCA) או במדינות זרות (CRS)

### 1. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב

האם אתה תושב אמריקאי לצורכי מס?  כן  לא

האם אתה אזרח אמריקאי?  כן  לא

במידה וענית "כן" על אחד מהסעיפים יש לצרף טופס W9 ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב TIN U.S.

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.

תאריך  שם המצהיר  חתימת המצהיר

### 2. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות

האם אתה תושב מדינה זרה?  כן  לא  אם כן, אנא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי, שם משפחה וכתובת

שם מדינת התושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	רחוב ומספר בית Address (street, no.)	יישוב City / Town	מספר TIN
1.					
2.					

האם אתה משלם מס כדין במדינת התושבות?  תושבות 1:  לא  כן  תושבות 2:  לא  כן

אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומהימן.

תאריך  שם המצהיר  חתימת המצהיר

הנחיות

- ניתן לבצע פדיון לשיעורין אך ורק מפוליסה מסולקת או בתום תקופת תשלומים שאין בגינה תשלומים שוטפים. במידה ויחודשו התשלומים לפוליסה יבוטל הסדר התשלום לשיעורין
- סכום משיכה מינימאלי לחודש הינו על סך 1,000 ש"ח מכל פוליסה

### ג. פרטי הבקשה על הכספים להיות פטורים למשיכה לאחר ניכוי מס וכל חוב הלוואה או שיעבוד או עיקול

בקשה לפדיון					
פדיון מלא <input type="checkbox"/>	מספר פוליסה	מספר פוליסה	מספר פוליסה	מספר תשלומים	גובה התשלום החודשי*
פרט/מנהלים <input type="checkbox"/>					סה"כ סכום לפדיון
פדיון חלקי <input type="checkbox"/>					סה"כ סכום לפדיון
פיצויים <input type="checkbox"/>					
תגמולים <input type="checkbox"/>					
פדיון חלקי מפוליסת פרט					

(מחזורת 03.2023)



014115640102010323

עמוד 1 מתוך 2 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 411

### ג. פרטי הבקשה על הכספים להיות פטורים למשיכה לאחר ניכוי מס וכל חוב הלוואה או שיעבוד או עיקול - המשך

<p>הנחיות למילוי הסעיף: יש למלא תמיד את גובה הסכום המבוקש לפדיון. ניתן לבחור בין מספר התשלומים המבוקש ובין גובה התשלום המבוקש.</p>		
<p><b>מועד התשלום</b></p> <p><b>הקבוע בכל חודש:</b> <input type="checkbox"/> 10 בכל חודש, <input type="checkbox"/> 20 בכל חודש</p>	<p><b>אופן הצמדת התשלום החודשי:</b> <input type="checkbox"/> נומינאלי <input type="checkbox"/> צמוד מדד <input type="checkbox"/> צמוד לרווחים*</p>	<p><b>חובה לצרף מסמכים אלה:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• תצלום תעודת זהות.</li> <li>• צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון מהבנק.</li> <li>• בפדיון תגמולים - יש לצרף בנוסף טופס משיכת כספי תגמולים שכירים (טופס 12).</li> </ul>
<p>*דוע לי כי התשלום החודשי ישנתה בכל חודש בהתאם לתוצאות ההשקעות בפוליסה ובכפוף לתנאיה, וישולם על-פי המדד הידוע בחברה במועד ביצוע התשלום.</p>		

### ד. בקשה להפקדת כספי המשיכה לחשבון הבנק

אני מבקש לזכות בסכום הפדיון את חשבוני בבנק שפרטיו רשומים להלן (מצורפת דוגמת המחאה מבוטלת מחשבון, לאימות הפרטים).

מספר חשבון	שם בעל החשבון	שם הבנק	מספר סניף
יישוב	כתובת בנק (רחוב)	מספר בית	מיקוד

- אני מאשר בזה שלא תהיינה לי כל תביעה או טענה נוספת בקשר לזיכוי חשבוני בבנק בגין הפדיון, בהתאם לבקשתי לעיל.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולב/בת זוגי.
- אני מסיר מכם כל אחריות במקרה שהעברה בוצעה לחשבון הנ"ל.

### ה. הצהרות המבוטח

אני מגיש את בקשתי זו לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עלי ועל משפחתי:

- ידוע לי כי בשום מקרה לא יעלה סך התשלומים אשר ישולמו לי על-פי בקשתי זו על סך ערך הפדיון הצבור בפוליסה.
- ידוע לי כי השלמת מספר תשלומים מבוקש, תבוצע כל עוד קיימת בפוליסה יתרה המספיקה לתשלומים אלה.
- ידוע לי שמשירת הפדיון היום עלולה לגרום לחוסר בכיסוי הביטוחי המיידית וכן תגרום להפחתת החיסכון הפנסיוני העתידי שלי הנובע מפוליסה/ות אלו.
- ידוע לי שהפדיון כפוף לתנאי הפוליסה.
- ידוע לי שבמקרה ואבקש בעתיד לחדש את הכיסויים שבטלו עקב בקשתי הנ"ל, בין באותה פוליסה ובין בפוליסה חדשה, יהיה הדבר כרוך בתהליך מחודש של הוכחת מצב בריאות. הבנתי שכתוצאה מכך, יתכן ותתייקר הפרמיה, זאת בנוסף להתייקרות שתהיה עקב היותי אז בגיל מבוגר יותר.

**6. הצהרה לעניין FATCA**  
 החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.

**7. הצהרה לעניין CRS**  
 החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי בהתאם להוראות ה-CRS.

**אישור לניכוי מס**  
 אני מאשר, שהיה וסכום הפדיון המבוקש יהיה חייב במס בהתאם לתקנות קופות הגמל ו/או מס רווחי הון, ינוכה לי מס כדין.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת המבוטח *
-------	----------------	----------------

### ו. הצהרת הסוכן לגבי זיהוי המבוטח

אני מאשר בזאת כי בדקתי את תעודת הזהות / הדרכון של מבצע הפעולה והשוויתי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות / הדרכון לפרטים המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים, העתק מצורף.

המבוטח חתם בפניי על בקשה זו לאחר שהסברתי לו את הפגיעה הנגרמת לזכויותיו עקב ביצוע בקשתו כמפורט לעיל.

אני מאשר בזאת כי בעת מילוי הבקשה לפדיון לא מסר המבוטח / בעל הפוליסה / מוטב למקרה חיים לידי פרטים שמחייבים מילוי טופס אינדיקציות על ידו.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	מספר סוכן	חתימת הסוכן *
-------	----------------	-----------	-----------	---------------

### ז. הצהרת עובד החברה לגבי זיהוי המבוטח / בעל הפוליסה

אני מאשר בזאת כי זיהיתי את המבוטח על סמך תעודת הזהות / הדרכון שהציג בפניי, העתק מצורף.

אני מאשר בזאת כי בעת מילוי הבקשה לפדיון לא מסר המבוטח לידי פרטים שמחייבים מילוי טופס אינדיקציות על ידי המבוטח / בעל הפוליסה / מוטב למקרה חיים.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימת העובד *
-------	-------------------	---------------

מחזורת 03.2023



014115640202010323

עמוד 2 מתוך 2 דפים