



**בקשה לרישום פסק דין לחלוקת חיסכון פנסיוני לעניין צבירת זכויות בקופת ביטוח ישנה**

**מסמכי חובה שיש לצרף לבקשה:**

- צילום ת.ז של בן הזוג לשעבר
- פסק הדין לחלוקת חיסכון פנסיוני או העתק נאמן למקור של פסק הדין.
- הנחיות פקיד שומה למיסוי

אבקש לרשום ברישומכם את פרטי פסק הדין לחלוקת חיסכון פנסיוני מיום \_\_\_\_\_ בהתאם לפרטים שלהלן:

**1. פרטי מגיש הבקשה (בן/בת הזוג לשעבר):**

| ת.ז./ דרכון | שם משפחה   | שם פרטי   | שם משפחה קודם |
|-------------|------------|---|---------------|
| רחוב        | מס' בית    | ישוב  | מיקוד         |
| טלפון       | טלפון נייד | מין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז | תאריך לידה    |
| דוא"ל       |            |   |               |

**2. פרטי המבוטח:**

| ת.ז./ דרכון | שם משפחה   | שם פרטי   | שם משפחה קודם |
|-------------|------------|---|---------------|
| רחוב        | מס' בית    | ישוב  | מיקוד         |
| טלפון       | טלפון נייד | מין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז | תאריך לידה    |
| דוא"ל       |            |   |               |

**3. פרטי פסק הדין\*:**

| ערכאה   | מספר הליך                | תאריך מתן פסק הדין       | משך התקופה המשותפת היא 120 חודשים לפחות (סעיף 19 (א) לחוק) | מועד הפירוד              | שיעור להעברה             |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <p><b>אם נקבע בפסק הדין כי התקופה המשותפת היא 120 חודשים לפחות (סעיף 19 (א) לחוק) אנא בחר/י את התשובה הנכונה:</b></p> <p>האם נקבע בפסק הדין כי בן הזוג לשעבר ויתר על הדרישה לקבלת הסכמתו למשיכת הכספים בידי המבוטח שלא בדרך של קצבה ולא בדרך של היוון חלק מהקצבה לסכום חד פעמי? (סעיף 19 (א)(1)(א)) ?</p> <p>האם נקבע בפסק הדין כי בן הזוג לשעבר ויתר על הדרישה לקבלת הסכמתו להעברת הכספים לקופת גמל אחרת? 19 (א)(2)(ב) ?</p> |                          |                          |  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*ובהר כי אם קיימת סתירה בין פרטי פסק הדין כפי שצוינו בטופס זה, לבין הפרטים הכתובים בפסק הדין, תיבחן הבקשה על בסיס הפרטים שבפסק הדין ופרטים אלו יירשמו בהערה, אם היא תירשם.

**4. פרטי המוצרים הפנסיוניים שלגביהם חלה הבקשה (ככל שמצוין בפסק הדין):**

| שם הפוליסה | מספר הפוליסה |
|------------|--------------|
|            |              |
|            |              |

**5. הצהרה:**

אני מסכים כי הודעות בקשר לבקשתי זו יישלחו לדוא"ל שלי בכתובת: \_\_\_\_\_

**6. חתימת מגיש הבקשה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_**

את הבקשה יש להגיש בדואר רשום לכתובת: ת.ד. 927 תל אביב 6100802