

## טופס בקשה למשיכת כספים מקופת חיסכון לכל ילד

הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*) הם חובה

פרטי החברה המנהלת		
שם החברה המנהלת	שם קופת הגמל	מספר תיק ניכויים
אלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ	אלטשולר שחם חיסכון לילד	936301621

א. פרטי הילד						
שם משפחה*	שם פרטי*		מספר זהות/דרכון*		תאריך לידה	תאריך פטירה
רחוב/ת.ד.*	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב*	מיקוד	
טלפון קווי	טלפון נייד*		כתובת דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות SMS			<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות הדואר האלקטרוני			
מען למכתבים (במידה והכתובת שונה מהכתובת הרשומה למעלה)						
רחוב/ת.ד.*	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב*	מיקוד	

**ב. סיבת הפנייה למשיכת הכספים**

הילד הגיע לגיל 18 (חובה למלא את סעיף ו' אישור ההורים)

הילד הגיע לגיל 21

לצורך טיפול רפואי של הילד

הילד נפטר

**ג. משיכת כספי החיסכון**

אני מבקש למשוך כספים הרשומים לזכותי באופן הבא (נא לסמן ✓ למלא במקום המתאים):

משיכה מלאה

משיכה חלקית - בסך \_\_\_\_\_ ₪

**ד. פרטי חשבון הבנק אליו אני מעוניין לקבל את הכספים**

לידיעתך:

- במקרים בהם לילד מלאו 18 שנים, חשבון הבנק יהיה חשבון הבנק של הילד.
- במקרים בהם הבקשה למשיכת הכספים הינה לצורך טיפול רפואי של הילד או במקרה של פטירת הילד, חשבון הבנק יהיה של ההורה.

שם משפחה של בעל החשבון*	שם פרטי של בעל החשבון*	מספר חשבון*	שם הבנק*	מספר הבנק	שם הסניף*	מספר הסניף*

חתימת בעל החשבון \_\_\_\_\_ א

**ה. מסמכים נוספים שיש לצרף לבקשה (נא לסמן ✓ ליד כל מסמך שצירפת לבקשה):**

העתק תעודת זהות או דרכון בתוקף של הילד

העתק תעודת זהות או דרכון בתוקף של ההורה המאשר (אם נדרש)

העתק המחאה או אישור ניהול חשבון הבנק של הילד או של ההורה, לפי העניין

אישור רופא מוסמך במקרה של משיכה בשל מצב רפואי של הילד

