

**פרטי החברה המנהלת**

935932046      אנליסט חיסכון ארוך טווח לילד      אנליסט קופת גמל בע"מ  
מספר תיק ניכיים      שם קופת הגמל      שם החברה המנהלת

**א. פרטי הילד**

שם משפחה\*      שם פרטי\*      ת.ז. / ז.ד. / דרכון\*      תאריך לידה      תאריך פטירה  
יישוב\*      רחוב\*      מס' בית      דירה      מיקוד  
טלפון נייד\*      טלפון קווי      כתובת דוא"ל

אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות הדוא"ל       אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות SMS

**מען למכתבים** (במידה והכתובת שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

יישוב\*      ת.ז.      רחוב\*      מס' בית      דירה      מיקוד

**ב. סיבת הפנייה למשיכת הכספים**

הילד הגיע לגיל 18 (חובה למלא את סעיף ו' אישור ההורים)       לצורך טיפול רפואי של הילד  
 הילד הגיע לגיל 21       הילד נפטר

**ג. משיכת כספי החיסכון**

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

משיכה מלאה       משיכה חלקית - בסך \_\_\_\_\_ ש

**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\*      מס' חשבון\*      שם הבנק\*      קוד הבנק      שם הסניף\*      מס' הסניף\*

חתימת בעל החשבון

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

- העתק תעודת זהות או דרכון בתוקף של הילד. ככל שתעודת הזהות הינה ביומטרית, יש להעביר צילום של שני צידי התעודה.
- העתק תעודת זהות או דרכון בתוקף של ההורה המאשר (אם נדרש). ככל שתעודת הזהות הינה ביומטרית, יש להעביר צילום של שני צידי התעודה.
- 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.



**ו. אישור הורים לילד מגיל 18 עד גיל 21**

אם הילד הגיע לגיל 18 וטרם הגיע לגיל 21 יש לצרף גם את חתימת ההורה<sup>1</sup> המאשר את משיכת הכספים. אני מאשר לבני/בתי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_, למשוך את הכספים שנצברו לזכותו בקופת חיסכון לכל ילד.

**פרטי ההורה המאשר:**

שם פרטי\* \_\_\_\_\_ שם משפחה\* \_\_\_\_\_ מס' זהות / דרכון\* \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

יישוב\* \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_ רחוב\* \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ דירה \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון קווי \_\_\_\_\_ טלפון נייד\* \_\_\_\_\_ כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_

תאריך חתימה \_\_\_\_\_ חתימת ההורה

**על ההורה הנוסף למלא סעיף זה במקרים בהם נדרש על פי הוראת הדין<sup>2</sup>:**

שם פרטי\* \_\_\_\_\_ שם משפחה\* \_\_\_\_\_ מס' זהות / דרכון\* \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

יישוב\* \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_ רחוב\* \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ דירה \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון קווי \_\_\_\_\_ טלפון נייד\* \_\_\_\_\_ כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_

תאריך חתימה \_\_\_\_\_ חתימת ההורה

**ז. הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי הם נכונים ומלאים:

**חתימת הילד** תאריך \_\_\_\_\_ חתימה

**חתימת הורה** תאריך \_\_\_\_\_ חתימה

**חתימת הורה<sup>3</sup>** תאריך \_\_\_\_\_ חתימה

1. ההורה הביולוגי של הילד הזכאי, הורה מאמץ או אפוטרופוס.  
 2. במקרים בהם נדרש על פי הוראות הדין חתימת שני ההורים (לדוגמה: במקרה שהוריי הקטין אינם נשואים), יש למלא טבלה זו לגבי שניהם.  
 3. במקרים בהם נדרש על פי הוראות הדין חתימת שני ההורים (לדוגמה: במקרה שהוריי הקטין אינם נשואים), יש למלא הצהרה זו לגבי שניהם.



תחיה ובעד,

לאגל סחב האמאל מן סנדוק טופיר לכל طفל, יגב אראק המסנדאל אלאלה:

ללאבן חלי סן 21 אמה -

1. אמארסמאר (נמודג) סחב האמאל המרפקה בהא, מעבאה ומוקעה באלעה העבריה (البنود "أ" - "ز").
2. נסכה (صورة) عن بطاقة هوية الابن (إذا كانت بطاقة الهوية بيومترية, يجب إرسال صورة البطاقة من كلا الجهتين).
3. נסכה عن بطاقة هوية أحد الوالدين + المُلحق (إذا كانت بطاقة الهوية بيومترية, يجب إرسال صورة البطاقة من كلا الجهتين).
4. صورة عن شيك/ تصريح إدارة حساب في البنك خاص بالابن فقط.

ללאבן מן عمر 21 אמה وما فوق -

1. استمارة (نموذج) سحب الأموال المرفقة بهذا, معبأة وموقعة باللغة العبرية (البنود "أ" - "ه", "ز").
2. نسخة (صورة) عن بطاقة هوية الابن (إذا كانت بطاقة الهوية بيومترية, يجب إرسال صورة البطاقة من كلا الجهتين)
3. صورة عن شيك/ تصريح إدارة حساب في البنك خاص بالابن فقط.

بالإمكان إرسال المسندات بإحدى الطرق التالية:

1. الإرسال بالبريد إلى: أناليسل لصناديق الأآار م.ض, جادة روتشيلد 46 تل أبيب 6688312
2. عنوان البريد الإلكتروني: [anapidyonot@analyst.co.il](mailto:anapidyonot@analyst.co.il)

إذا تمآ تعبئة اسامارة (نمودج) السحب بصورة صحيحة, وأرפקآ بها كل المسندال المطلوبة, سيتم آحويل الأموال للآساب المذكورة تفاصيله أعلاه خلال 4 أيام عمل من موعد تلقي الشركة للطلب. لكن إذا صادف موعد آحويل الأموال أأ أول 3 أيام عمل من الشهر, فسيتم آحويل الأموال في يوم العمل الرابع من نفس الشهر. في موعد الدفع, ستمم آزكية الآساب بأآر الأرباح التي تم آنئها حتى آآر يومي (2) عمل قبل موعد الدفع.

في آال وجود أي اسآفسار, بالإمكان الآوجه لآدمة الزباآن بإحدى الطرق الآلالية:

1. عبر عنوان البريد الإلكتروني: [gemel@analyst.co.il](mailto:gemel@analyst.co.il)
2. عبر الهاتف رقم 03-7147177 الآحويلة رقم 1

