



520023094-000000000000267-0000-000

לכבוד

"גילעד" גמלאות לעובדים דתיים בע"מ

מגדל הכשרת היישוב, ז'בוטינסקי 9

בני ברק 5126417

הנדון: בקשה למשיכת כספים תוך ויתור על זכויות פנסיה

1. פרטי המבקש

מספר תעודת זהות			שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			
יום	חודש	שנה						

מיקוד	ישוב	מס' בית	רחוב

טלפון	טלפון נייד	כתובת דוא"ל

2. הצהרת מבוטח/ת שבחר/ה למשוך כספים ולוותר על זכויות הפנסיה:

הנני מבקש/ת למשוך את הכספים שנצברו לזכותי בקרן גילעד – גימלאות לעובדים דתיים בע"מ (להלן "הקרן"), תוך ויתור על מלוא זכויות הפנסיה שצברתי.

ידוע לי כי משיכת הכספים תעשה בהתאם לתקנון הקרן, תוך ויתור על מלוא זכויות הפנסיה שצברתי בקרן (אף במשיכה חלקית יבוטלו מלוא זכויות הפנסיה שצברתי) ובהתאם לנוסחה לערכי פדיון המופיעה בתקנון והוצגה לי בדף ההסבר למילוי הבקשה.

הריני מתחייב/ת כלפיהם כי החלטתי למשיכת הכספים הינה סופית וידוע לי כי לא אוכל לחזור בי מהחלטתי כאמור ולהחזיר את הכספים שמשכתי לקרן הפנסיה, לאחר שתבוצע בקשתי למשיכה כאמור.

עם קבלת הכספים אין לי ולא יהיו לי תביעות ו/או דרישות כלשהן מהקרן.

ידוע לי, כי עם משיכת הכספים לא אוכל להמשיך או לחדש את ביטוחי בקרן.

ידוע לי, שאם הנני מבוטח/ת בפנסיה תקציבית במדינה/רשות מקומית ו/או בכל גוף עמו יש לקרן הסכם רציפות ומשכתי הכספים מהקרן, לא יהיו לי כל תביעות בעתיד מהקרן בגין כל זכות שהיא, לרבות זכאות לקבלת קצבה או בגין השתתפות הקרן על פי הסכם רציפות הזכויות, ולרבות בגין כל אפשרות של פגיעה בזכויותי הפנסיוניות בפנסיה התקציבית.

ידוע לי כי הנתונים המפורטים לזכותי בדו"ח השנתי של הקרן או בכל דיווח אחר שקיבלתי מהקרן, אינם מלאים ומבוססים על רשומות ונתונים הכפופים לתהליך של בדיקה ואימות נתונים. לפיכך, כל הנתונים לרבות ערכי הפדיון שדווחו לי ושביניכם מוגשת בקשה זו, הינם בכפוף לתוצאות הבדיקה והתהליך כאמור.

נא למלא פרטים בכל עמוד

שם המבקש	ת.ז.	תאריך	חתימה
----------	------	-------	-------

520023094-00000000000267-0000-000

3. אבקש לפדות את מלוא הכספים שנצברו (כספי הפיצויים וכספי התגמולים).

4. משיכת כספי תגמולים לשכירים :

על פי תקנות קופות הגמל יכול עמית שכיר למשוך את כספי התגמולים לאחר פרישתו מעבודה, בניכוי מס כמתחייב בחוק.

אולם, אם ברצונך למשוך את כספי התגמולים שנצברו עד לינואר 2000 ללא ניכוי מס, עליך לעמוד באחד התנאים שלהן (הצהרות 1-3) ולהצהיר על כך.

בכל מקרה כספי התגמולים שנצברו החל מינואר 2000 ואילך ושימשו מהקרן, חייבים בניכוי מס כמתחייב בחוק. במקרים מיוחדים, ניתן להמציא אישור מיוחד מפקיד שומה בהתאם לקבוע בחוק.

הצהרה במשיכת כספי תגמולים שהופקדו עד 31/12/1999 (לסמן X בריבוע המתאים)

1. אני מצהיר/ה כי לא עבדתי כשכיר/ה במשך 6 חודשים רצופים, מתאריך _____ ועד תאריך _____.

2. הנני מעל גיל 60 שנה.

3. מעסיקי הנוכחי הינו _____ וחלפו 13 חודשים ויותר

מתחילת עבודתי אצלו והמעסיק אינו מפריש עבורי כספים לקופת גמל, ביטוח מנהלים או קרן פנסיה.

אישור המעסיק: חתימה וחורתמת המעסיק: _____.

4. מאחר שאיני עומד באחד משלשת התנאים לעיל, נא לשלם לי על פי הוראות מס הכנסה, "תשלומים

שלא כדין", בניכוי מס במקור בשיעור 35%.

5. פרטי חשבון:

אבקש להעביר את הסכום המגיע לי לחשבוני בבנק (נא צרף/י צילום תעודת זהות והמחאה (שיק)

מקורית מבוטלת או אסמכתא מקורית מהבנק על ניהול החשבון ופרטיו הכוללים את מספר החשבון

ושם בעל החשבון):

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

6. הצהרה על קבלת קצבת נכות מקרן פנסיה אחרת:

הריני מצהיר כי קיבלתי קצבת נכות מקרן פנסיה אשר לה הסדר רציפות עם "גילעד".

שם הקרן: _____.

נא למלא פרטים בכל עמוד

חתימה

תאריך

ת.ז.

שם המבקש

520023094-000000000000267-0000-000

7. **הצהרה על זכויות בפנסיה תקציבית:** הפדיון יבוצע בכפוף לכללי הרציפות.

הריני מצהיר כי חברתי זכויות / מקבל קצבה מפנסיה תקציבית וכי קיים הסכם רציפות עם

"גילעד". מקום העבודה בגינו נצברו הזכויות: _____.

בהעדר סימון X, הרי משמע שלא חברתי זכויות שכאלה.

8. **הצהרה על ניכוי מס:**

הריני מודע לכך כי באם, בתוך 60 ימים מיום הגשת הבקשה, לא אמציא אישור ממס הכנסה

בדבר שיעור המס שיש לנכות, הקרן תשלם לי את החזר הכספים בניכוי שיעור המס

המכסימלי המתחייב לפי ההסדר התחיקתי.

בהעדר סימון X, הרי מבקש כי תעכבו את החזר הכספים עד לאחר שאמציא אישור מס.

9. **הצהרת המבקש/ת:**

הנני מאשר/ת כי ההצהרות בבקשה זו, ניתנות על ידי לאחר שקראתי והבנתי את משמעותן, העובדות המוצהרות הינן אמת לפי מיטב ידיעתי וניתנו לאחר בדיקה וכי האחריות המוחלטת לנכונות האמור בבקשה זו מוטלת עלי.

הנני מאשר כי בקשתי זו ניתנה, לאחר שקראתי את דף ההסבר וההנחיות למילוי טופס זה.

ידוע לי כי במידה ויתגלה כי ההצהרות בבקשה זו (כולן או חלקן) אינן נכונות ו/או אינן מלאות אזי יופעלו לגבי כל הוראות הדין הרלוונטיות ובכלל זה הוראות פקודת מס הכנסה.

שם המבוטח/ת _____ חתימה _____ תאריך _____

10. **אישור עו"ד / נציג הקרן:** (נדרש כאשר ערכי הפדיון גבוהים מ 100,000 ₪)

הריני לאשר כי היום _____ הופיע/ה בפני המבקש/ת _____,

שזוהה/תה על ידי באמצעות תעודת זהות שמשפרה _____, (שהעתקה המאומת

מצ"ב) וחתם על הבקשה לאחר שאישר את נכונות פרטי הבקשה, ההצהרות והאסמכתאות

המצורפות אליה.

_____ תאריך

_____ שם, חתימה וחותמת עוה"ד/נציג הקרן

נא למלא פרטים בכל עמוד

שם המבקש _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____