

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	

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

בקשה לפדיון פוליסת ביטוח חיים מנהלים / מנהלים במקור

טופס מספר 11

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

ב. בקשה לפדיון פוליסה/ות				
אני מבקש לפדות את הפוליסה/ות הרשומות להלן:				
פוליסה מספר	פדיון פיצויים	פדיון תגמולים (פיצויים תגמולים)	פדיון מלא	חובה לצרף מסמכים אלה:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> תצלום של תעודה מזהה: תעודת זהות של המבוטח. הודעה אחרונה על מצב ביטוח שנתי או רבעוני או פוליסה מקורית בפדיון מלא בלבד או הצהרת סוכן/עובד חברה בדבר זיהוי המבוטח (סעיף ד' או ה'). בפדיון פיצויים - יש לצרף בנוסף טופס 160. בפדיון תגמולים - יש לצרף בנוסף טופס למשיכת כספי תגמולים שכירים (טופס 12).

ג. הצהרות המבוטח				
אני מגיש את בקשתי זו לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עליי ועל משפחתי:				
<p>1. ידוע לי שמשכית הפדיון היום עלולה לגרום לחוסר בכיסוי הביטוחי המידי וכן תגרום להפחתת היכולת הפנסיונית העתידית שלי הנובעת מפוליסה/ות אלו.</p> <p>2. ידוע לי כי במקרה של פדיון מלא, כל הכיסויים הביטוחיים יתבטלו, ובמקרה של פדיון חלקי, הסכומים של הכיסויים הביטוחיים ייפגעו בהתאם.</p> <p>3. ידוע לי שהפדיון כפוף לתנאי הפוליסה:</p> <p>א. שחרור הפוליסה מהמעסיק לטובתי, גובה ערך הפדיון יהיה שווה ל"ערך פדיון רגיל" ולא ל"ערך פדיון מיוחד".</p> <p>ב. מערך הפדיון יקוזז קנס "פדיון מוקדם" כמפורט בתנאים הכלליים של הפוליסה.</p> <p>4. ידוע לי שבעת ביצוע בקשתי שבדון - הסכום לתשלום הנובע מ"קופת ביטוח" כפוף להוראות ניכוי מס במקור על-פי תקנות קופות גמל ופקודת מס הכנסה לרבות מס רווחי הון.</p> <p>5. ידוע לי שבמקרה ואבקש בעתיד לחדש את הכיסויים שבוטלו עקב בקשתי הנ"ל, בין באותה פוליסה ובין פוליסה חדשה, יהיה הדבר כרוך בתהליך מחודש של הוכחת מצב בריאות. הבנתי שכתוצאה מכך, יתכן ותתייקר הפרמיה, וזאת בנוסף להתייקרות שתהיה עקב היותי אז בגיל מבוגר יותר.</p>				
בקשה להפקדת כספי פדיון לחשבון הבנק				
אני מבקש את סכום הפדיון לזכות חשבוני בבנק שפרטיו רשומים להלן (מצורפת דוגמת המחאה מבוטלת מחשבוני הנ"ל):				
מספר חשבון	שם בעל החשבון	שם בנק	קוד בנק	מספר סניף
כתובת בנק (רחוב)				
מס' בית		ישוב	מיקוד	

<ul style="list-style-type: none"> אני מאשר בזה שלא תהייה לי כל תביעה או טענה נוספת בקשר לזיכוי חשבוני בבנק בגין המשכיה, בהתאם לבקשתי לעיל. אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ואו משותף לי ולבן/בת זוגי. אני מסיר מכם כל אחריות במקרה שההעברה בוצעה לחשבון הנ"ל. <p>לתשומת לבך, במידה ולא תמלא את פרטי חשבון הבנק להפקדה, סכום הפדיון יישלח בהמחאה לכתובתך.</p> <p>אישור לניכוי הלואה</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר שהוברה לי כי במידה ויש לי הלואה בחברתכם, אני רשאי לבקש לסלק את ההלוואה טרם ביצוע הפדיון, בחתימתי על מסמך הפדיון הנני מבקש לסלק את ההלוואה.</p> <p>אישור לניכוי מס</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר, שהיה וסכום הפדיון המבוקש יהיה חייב במס בהתאם לתקנות קופות הגמל, ינוכה לי מס בשיעור של 35%.</p>				
תאריך	שם פרטי ומשפחה	שם בעל הפוליסה*	חתימת המבוטח/ בעל הפוליסה*	

ד. הצהרת הסוכן לגבי זיהוי המבוטח				
אני מאשר בזאת כי זיהיתי את המבוטח על סמך תעודת זהות/הדרכון שהציג בפניי, העתק מצורף.				
המבוטח חתם בפניי על בקשה זו לאחר שהסברתי והבהרתי לו את הפגיעה הנגרמת לזכויותיו עקב ביצוע בקשתו כמפורט לעיל.				
תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	מספר הסוכן	חתימת הסוכן

ה. הצהרת עובד החברה לגבי זיהוי המבוטח				
אני מאשר בזאת כי זיהיתי את המבוטח על סמך תעודת זהות/הדרכון שהציג בפניי, העתק מצורף.				
תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת העובד*		

סיקל סוכנות לביטוח (2008) בע"מ
יש טל 03-9282085
49130 ק"מ ארזה



014110101011014

עמוד מספר 1 מתוך 1 דפים

קוד מסמך 411



טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	

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

הצהרה למשיכת כספי תגמולים לשכירים

טופס מספר 12

א. פרטי המבוטח / בעל הפוליסה				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
			מיקוד	יישוב
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית		

ב. מספר הפוליסה/ות		
פוליסה מספר	פוליסה מספר	פוליסה מספר

ג. הצהרות המבוטח / בעל הפוליסה
<p>אני מצהיר בזאת כי עזבתי את עבודתי אצל המעסיק האחרון ועל כן ברצוני לשחרר את כספי התגמולים ללא מס, בהתאם לסיבה המפורטת מטה, סמן ב-X:</p> <p>1. תנאים למשיכה ללא מס:</p> <ul style="list-style-type: none"> כספים הוניים עד ל-31.12.2004 וכספי קצבה שהופקדו לפוליסה עד ל-31.12.1999. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> החל מתאריך _____ ועד תאריך _____, תקופה המהווה לפחות 6 חודשים - לא עבדתי כלל. <input type="checkbox"/> החל מתאריך _____ ועד תאריך _____, תקופה המהווה לפחות 13 חודשים - עבדתי אצל _____ מעסיקי לא הפרש עבודי בתקופה זאת לקופת גמל ו/או לקרן פנסיה כלשהי. מצ"ב אישור המעסיק. <input type="checkbox"/> אני עצמאי החל מתאריך _____, ובנוסף החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ לא עבדתי כשכיר (תקופה המהווה יחד לפחות 6 חודשים). <input type="checkbox"/> תאריך הלידה שלי הוא _____ כלומר מלאו לי 60 שנה שנה ולפוליסה ותק הפקדות של 5 שנים לפחות. <input type="checkbox"/> תאריך הלידה שלי הוא _____ כלומר מלאו לי 60 שנה ופרשתי מהעבודה או צומצמה משרתי ב 50% לפחות. כספים הוניים החל מ-1.1.2005 עד 31.12.07. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> תאריך הלידה שלי הוא _____ כלומר מלאו לי 60 שנה ולפוליסה ותק הפקדות של 5 שנים לפחות.
<p>2. כספי קצבה שהופקדו לפוליסה החל מ-1.1.2000 וכספים בקופת גמל לא משלמת מ-1.1.2008: ידוע לי שכספים אלו מיועדים לקצבה ואינם ניתנים למשיכה ללא תשלום מס כחוק - יש לסמן X בסעיף 4.</p>
<p>3. תנאים חריגים לשחרור כספי תגמולים ללא מס בהתאם לסיבה המעוגנת בתקנות קופות הגמל תשכ"ד 1964, שאותה סימנתי מטה, אני זכאי לשחרור הכספים ללא קיזוז מס. מצ"ב אישורים ממס הכנסה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> מיעוט הכנסות, כמפורט בסעיף 34(ב)(2). מצ"ב טופס 159 א' וכל המסמכים הנדרשים בו. <input type="checkbox"/> אני נזקק לכספי הפדיון שבנדון למטרות כיסוי הוצאות רפואיות כמפורט בסעיף 34(ב)(3). <input type="checkbox"/> אני נזקק לכספי הפדיון שבנדון עקב מחלתי או מחלת קרוב משפחה (פרשו - בן זוג, הורה, הורי הורה, צאצא וצאצא בן הזוג ובן זוגו של כל אחד מהם), נקבעה בגינה נכות צמיתה של לפחות 75% עפ"י סעיף 9(א) לפקודה, כמפורט בסעיף 34(ב)(4). מצ"ב כנדרש אישור פקיד שומה באמצעות טופס 159.
<p>4. ידוע לי שאינני זכאי לפטור ממס בגין הכספים או חלק מכספים אלה מכיוון שאף אחת מהסיבות המעוגנות בתקנות קופות הגמל המפורטות מעלה, אינן מתאימות למעמדי. למרות זאת, אבקשם לפדות לי את הכספים שנצטברו לזכותי בניכוי מס סופי במקור בשיעור של 35%, כמתחייב מתקנות מס הכנסה.</p>

חתימת בעל הפוליסה/ המבוטח

חתימת בעל הפוליסה/ המבוטח

שם פרטי ושם משפחה

שם פרטי ושם משפחה

תאריך

תאריך



0140901201011010

עמוד מספר 1 מתוך 1 דפים

קוד מסמך 409

(10.2010)