

בקשה לפדיון

לכבוד

ביטוח חיים קרן פנסיה מקיפה קרן פנסיה כללית קרן עמית יסוד אקסלנס אינווסט קופת גמל (יש למלא טופס נפרד)

א פרטי המבוטח			
שם פרטי	שם משפחה		ס"ב
כתובת מגורים	טלפון	נייד	דוא"ל

ב סוג המשיכה	
פדיון כספי פרט (כספים שאינם כפופים לתקנות קופות הגמל)	
<input type="radio"/> כל הפוליסות	<input type="radio"/> פוליסות מס'
<input type="radio"/> פדיון מלא	<input type="radio"/> פדיון חלקי בסך
פדיון פיצויים	
<input type="radio"/> פדיון כספי הפיצויים החייבים בניכוי מס כחוק	<input type="radio"/> פדיון כל כספי הפיצויים הפטורים ממס
<input type="radio"/> פדיון חלקי בסך	ע"מ מהפיצויים הפטורים ממס. ציין מס' פוליסות/
פדיון תגמולים לשכירים/עצמאיים (כספים כפופים לתקנות קופות הגמל)	
<input type="radio"/> כל הפוליסות	<input type="radio"/> פוליסות מס'
<input type="radio"/> פדיון מלא	<input type="radio"/> פדיון חלקי בסך
בהתאם להצהרתי בסעיף ג' ו/או ד'	

מבוטח/ת יקרה - לתשומת ליבך! הכספים הנ"ל ניתנים למשיכה ללא תשלום מס, בכפוף לתנאים המפורטים בתקנות קופות הגמל תשכ"ד - 1964 במידה והיך עומד בתקנות אלה - חתום על ההצהרה המתאימה בסעיף ד' - ראה "תנאי משיכה לתגמולים כפופים לתקנות קופות הגמל" במידה ואיך עומד בתקנות אלה - חתום על הצהרה בסעיף ג' - ראה "הסכמה לניכוי מס"

ג הסכמה לניכוי מס	
<input checked="" type="checkbox"/>	ידוע לי שאיני זכאי לפטור ממס בגין הכספים שבקשתי לפדות מכיון שאיני עומד בתקנות קופות הגמל. למרות זאת, אבקשם לפדות את הכספים שהצטברו לזכותי בניכוי מס כמתחייב מתקנות מס הכנסה.
חתימת המבוטח	

ד תנאי משיכה (פדיון) לתגמולים כפופים לתקנות קופות גמל					
מס'ד	סוג הקופה	סוג כספים	תנאים למשיכה	הצהרת המבוטח	הוראות למבוטח
1	הון	תגמולי שכירים/ קופת גמל שכירים	כספים שהופרשו עד 01/01/2005	<input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה ולפוליסה ותק של 5 שנים מלאות	מלא הצהרה בסעיף ה'
			כספים שהופרשו אחרי 01/01/2005	<input type="radio"/> הנני עומד בהוראות תקנה 34 (ב)6 בתקנות קופות הגמל	
2	קצבה	תגמולי עצמאים/קופ"ג לעצמאים	כספים שהופרשו עד 01/01/2006	<input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה ולפוליסה ותק של 5 שנים מלאות	מלא הצהרה בסעיף ה'
			כספים שהופרשו אחרי 01/01/2006	<input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה ולפוליסה ותק של 5 שנים מלאות	
3	קצבה	תגמולי שכירים/קרן פנסיה שכירים	כספי קצבה שהופרשו עד 01/01/2000	<input type="radio"/> הנני עומד בהוראות תקנה 34 (ב)6 בתקנות קופות הגמל	מלא הצהרה בסעיף ה'
			תחילת ביטוח לפני 01/05/1997 כספים שבצברו עד 01/01/2000	<input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה	
4		תגמולי עצמאים/קרן פנסיה לעצמאים		<input type="radio"/> קיים ותק של 15 שנה בפוליסה	
				<input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה	

ה תקנות קופות הגמל 34(ב)6	
<input type="radio"/>	במידה ובמשך 6 חודשים רצופים היית מובטל אגא מלא סעיף זה.
<input type="radio"/>	הריני להצהיר בזאת כי, החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, לא עבדתי כלל.
<input type="radio"/>	במידה ובמשך 6 חודשים רצופים היית עצמאי, אגא מלא סעיף זה.
<input type="radio"/>	הריני להצהיר בזאת כי, החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ הנני עצמאי ואין לי מעביד המשלם עבורי לתגמולים.
<input type="radio"/>	הריני מצהיר כי מלאו לי 60 שנה: <input type="radio"/> פרשתי מעבודתי <input type="radio"/> צמצמתי את עבודתי ב-50% לפחות
<input type="radio"/>	במידה ומעבידך הנוכחי אינו מפריש עבורך לקופת גמל ועברו 13 חודש מתאריך התחלת עבודתך אצלו ובכפוף להצהרה מתאימה (להלן) בחתימת המעביד (סעיף ט).
<input type="radio"/>	הריני מצהיר כי החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ תקופה המהווה לפחות 13 חודשים, עבדתי אצל _____ המעביד אינו מפריש עבורי כספים לקופת גמל או קצבה.

ו הצהרת המבוטח

- אני מצהיר בזאת כי:
1. ידוע לי שביצוע הפעולה הנ"ל יגרום לביטול או להקטנת הכיסוי הביטוחי הקיים בפוליסות שעל שמי וכתוצאה מכך יפגעו זכויותי העתידיות בפוליסה.
 2. הנני מודע לכך שחידוש/הגדלה של הכיסויים הביטוחיים הנ"ל יהיה כרוך בהוכחת מצב בריאות וכתוצאה מכך תתייקר הפרמיה בהתאם לגיל ולתנאים במועד החידוש/ההגדלה.
 3. אני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא עבור אחר, כנדרש בצו איסור הלבנת הון.
 4. הצהרתי זו ניתנת ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" / "הפניקס גמל" / "הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ" (להלן: "הפניקס") בהתאם לפקודת מס הכנסה (כללים לאישור ניהול קופות הגמל) בתמיכה לבקשתי לשחרור כספי התגמולים.
 4. הנני מתחייב בזאת לשלם ל"הפניקס" במקרה של ביטול תשלומים או החזר תשלום אחרון שבוצע בכרטיס אשראי/ הוראת קבע לאחר ביצוע הפדיון.
 5. זה שמי, זו חתימתי וכל האמור בהצהרה זו הם האמת.

ז הצהרת המבוטח לפדיון מקרן הפנסיה

- הריני מצהיר ומתחייב באת בזאת כדלקמן -
1. ידוע לי כי הכספים שישולמו לי על ידי הפניקס פנסיה מקיפה יהיו בהתאם לתקנון ותקנות קופות גמל וכי הסכום שאקבל יהיה שווה ליתרת הזכאות המעודכנת שעומדת לזכותי ביום ביצוע התשלום בפועל או חלק ממנה, אם הוריתי על משיכה חלקית, (להלן- סכום ההחזר).
 2. ידוע לי כי הכספים שישולמו לי על ידי הפניקס פנסיה כללית יהיו שווים ליתרת הזכאות המעודכנת, ביום ביצוע התשלום בפועל.
 3. ידוע לי כי הכספים שישולמו לי על ידי עמית קרן הפנסיה יהיו שווים ליתרת הצבירה בניכוי 3% מהצבירה לקרן סיכון ואם בעת המשיכה אהיה מעל גיל הפרישה הניכוי יהיה בגובה 1%.
 4. ידוע לי כי מהסכומים המוחזרים תנוכה יתרת הלוואה ו/או החזר כספי פיצויים למעסיק עפ"י ההסדר החל.
 5. ידוע לי כי לאחר החזר כל הסכומים שהצטברו לזכותי בקרנות הפנסיה לא אהיה זכאי, אני והבאים מכוחי, לזכויות כלשהן מקרנות הפנסיה לרבות זכות לפנסיה נכות, שאירים או זקנה. אם אמשוך חלק ממרכיב התגמולים מהפניקס פנסיה מקיפה הכיסוי הביטוחי לנכות ושאירים יחושב לפי גילי בעת ההפקדה החדשה. אם אמשוך חלק מכספי עמית יסוד הפנסיה שאקבל תחושב בגין היתרה לפי מקדמי היוון הקבועים בתקנון.
 6. הריני מתחייב לפניכם כי החלטתי זו הינה סופית ואינה ניתנת לביטול ו/או שינוי ולא אוכל להחזיר הכספים שקבלתי.
 7. כל האמור בהצהרה זו והפרטים שמסרתי בטופס הבקשה הינם נכונים.

ח פרטי הפקדה

אבקש להפקיד את הסכום ב:

שם הבנק	סניף	חשבון	ע"ש
שים לב ! חובה לצרף צילום ת.ז (כולל ספח כתובת) וצילום המחאה לדוגמא במידה ואינך בעל החשבון צרף צילום ת.ז של בעל החשבון. יש למלא טופס הצהרה שניה בהתאם לחוק איסור הלבנת הון.			

ט הצהרת המעביד

החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ תקופה המהווה לפחות 13 חודשים, העובד מועסק על ידי ואיני מפריש עבורו כספים לקופת גמל או לקופה לקצבה.

תאריך	שם המבוטח	ת.ז	חתימה וחותמת המעביד
			<input checked="" type="checkbox"/>

י חתימת בעל הפוליסה

תאריך	שם בעל הפוליסה	ת.ז	חתימה
			<input checked="" type="checkbox"/>

לידיעתך!

פדיון הכספים, עלול לגרום לחוסר מידי בכיסוי הביטוחי ולהפחתת היכולת הפיננסית העתידית הנובעת מפוליסות אלו.

לכן קיימת חשיבות מרובה לשמירה על זכויותך בפוליסה!

אם הפדיון הוא חלקי והפוליסה שולמה באופן שוטף עד למועד הבקשה יש לצרף טופס הנחיות לשינויים בפוליסה.

באפשרותך להמשיך את תשלום הפוליסה באופן מלא או חלקי בהתאם לתנאיה, ואף להתאים אותה לצרכיך.

לפרטים נוספים הינך מוזמן לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד שרות הלקוחות בטלפון *3455