

תאריך: 05/11/2025

מס' פניה: 116318328105

לכבוד:

אופק עשת - 322999012

קיבוץ עינת כניסה 0, כרם רעים

לקוח/ה נכבד/ה,

**הנדון: פנייתך למרכז שירות הלקוחות בנוגע לפוליסה מס' 14762045**

בהמשך לפנייתך למרכז שירות הלקוחות בנוגע לפוליסה שבנדון, להלן המסמכים הדרושים לצורך ביצוע בקשתך לפדיון:

**על מנת שנוכל להיענות לבקשתך באופן יעיל ומהיר, אנא הקפד למלא את הפרטים בטפסים בהתאם להוראות ובאופן מלא.**

במידה והמסמכים נשלחו אליך במייל אנא השב למייל שנשלח וצרף את המסמכים המלאים. אחרת, מומלץ לסרוק ולשלוח את המסמכים במייל לכתובת: [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

אנו מזמינים אותך להירשם ל"מגדל שלי", שירות חדש בו תוכל להתעדכן אונליין במידע אודות תכניות הביטוח והחיסכון שלך במגדל.

כמו כן באתר מגדל תוכל למצוא מידע רחב וכלים אודות המוצרים השונים, בשפה פשוטה שכולם מבינים. מגוון כלים נוספים באתר מגדל: [WWW.MIGDAL.CO.IL](http://WWW.MIGDAL.CO.IL)

**נשמח לעמוד לשירותך בטלפון 03-9201010 שלוחה 9 או בפקס: 03-9201020**

בברכה,  
מרכז שירות לקוחות,  
מגדל חברה לביטוח בע"מ

מסמך זה מכיל מידע שמוגן מתוקף חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981.  
המכתב מנוסח בלשון זכר, אך יש לקרוא אותו גם בלשון נקבה או בלשון רבים, הכל לפי הקשר הדברים

כל הדרכים ליצור איתנו קשר

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח  
בע"מ, תד 3063 קרית אריה, פתח תקווה,  
מיקוד 4951106

03-9201010  
מוקד טלפוני

054-9201028  
Whatsapp



סוכן הביטוח  
שלך

באפליקציית מגדל  
App Store / Google Play



[migdal.co.il](http://migdal.co.il)





|                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| שם בעל הרישיון הפנסיוני | מספר בעל הרישיון |
| שם המפקח                |                  |

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

## בקשה לפדיון פוליסת ביטוח חיים

טופס מספר 8

| א. פרטי המבוטח / בעל הפוליסה / מוטב למקרה חיים |          |         |            |                 |
|--|----------|---------|------------|-----------------|
| מספר זהות                                      | שם משפחה | שם פרטי | מספר טלפון | מספר טלפון נייד |
| 3 2 2 9 9 9 0 1 2                              | עשת      | אופק    |            | 0523533714      |

| שאלות לעניין איסור הלבנת הון   |   |
|--|---|
| יש לסמן רק אחת מהאפשרויות להלן. יתכן ובהתאם לניהול סיכוני איסור הלבנת הון תדרש למלא טופס מספר 2705   |   |
| <input type="checkbox"/> אני מצהיר כי אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה                   | <input type="checkbox"/> אני מצהיר כי יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה וקיים נהנה יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי מספר טופס 2625) |
| אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.  |   |
| אני מצהיר בזה כי ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית. |   |
| תאריך  | חתימת המצהיר *  |

| ב. שאלות בנושא דיווח מס בארה"ב (FATCA) או במדינות זרות (CRS)   |                             |                             |                                     |   |          |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---|----------|
| 1. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב  |                             |                             |                                     |   |          |
| האם אתה תושב אמריקאי לצורכי מס?  |                             | האם אתה אזרח אמריקאי?       |                                     | במידה וענית "כן" על אחד מהסעיפים יש לצרף טופס W9 ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב TIN U.S. |          |
| <input type="checkbox"/> כן  | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא         |   |          |
| אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.   |                             | תאריך                       |                                     | שם המצהיר   |          |
|  |                             |                             |                                     | חתימת המצהיר *  |          |
| 2. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות   |                             |                             |                                     |   |          |
| האם אתה תושב מדינה זרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - אם כן, אנא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי, שם משפחה וכתובת   |                             |                             |                                     |   |          |
| שם מדינת התושבות   | שם פרטי First Name          | שם משפחה Last Name          | רחוב ומספר בית Address (street, no) | יישוב City / Town   | מספר TIN |
| 1.   |                             |                             |                                     |   |          |
| 2.   |                             |                             |                                     |   |          |
| האם אתה משלם מס כדין במדינת התושבות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן תושבות 1: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן תושבות 2: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן |                             |                             |                                     |   |          |
| אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומהימן.   |                             | תאריך                       |                                     | שם המצהיר   |          |
|  |                             |                             |                                     | חתימת המצהיר *  |          |

| ג. בקשה לפדיון פוליסה/ות                           |                          |                            |   |
|--|--------------------------|----------------------------|---|
| אני מבקש לפדות את הפוליסה/ות הרשומות להלן:         |                          |                            |   |
| פוליסה מספר  | פדיון מלא                | פדיון חלקי (יש לרשום סכום) | חובה לצרף:  |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | תצלום של תעודה מזהה: תעודת זהות של המבוטח או של בעל הפוליסה, לפי העניין.  |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | אם בקשת הפדיון היא לטובת בעל הפוליסה שהינו תאגיד, יש למלא את טופס "הצהרה עצמית לתאגיד בדבר תושבות מס" (טופס 779). |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |   |
| <input type="checkbox"/> פדיון לטובת הפקת קשת פרט. |                          |                            |   |

(מהדורה 05.2025)



0141180103010525

עמוד 1 מתוך 3 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 1651, 411 (\*)



## ד. הצהרות המבוטח / בעל הפוליסה

אני מגיש את בקשתי זו לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עליי ועל משפחתי:

1. **הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות:** ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן ("ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.

אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים. ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקוני אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן.

בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il). מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

2. ידוע לי שמשיתת הפדיון היום עוללה לגרום לחוסר בביטוחי הביטוחי המידי וכן תגרום להפחתת היכולת הפנסיונית העתידית שלי הנובעת מפוליסה/ות אלו.

3. ידוע לי כי במקרה של פדיון מלא, כל הכיסויים הביטוחיים יתבטלו, ובמקרה של פדיון חלקי, הסכומים של הכיסויים הביטוחיים יפגעו בהתאם.

4. ידוע לי שבמקרה שאבקש בעתיד לחדש את הכיסויים שבטלו או הוקטנו עקב בקשתי הנ"ל, בין באותה פוליסה ובין בפוליסה חדשה, יהיה הדבר כרוך בתהליך מחודש של הוכחת מצב בריאות. ידוע לי שכתוצאה מכך יתכן ותתייקר הפרמיה, זאת בנוסף להתייקרות שתהיה עקב היותי אז בגיל מבוגר יותר.

5. ידוע לי שבעת ביצוע בקשתי שבנדון - הסכום לתשלום הנובע מ"קופת ביטוח" כפוף להוראות ניכוי מס במקור על-פי תקנות קופות גמל ופקודת מס הכנסה לרבות מס רווחי הון.

6. ידוע לי כי ערך פדיון הפוליסה/ות שישולם לי מבוסס על תשלום בפועל של הפרמיות בעבור הפוליסה/ות, לרבות אלה ששולמו.

במידה וגביית הפרמיות בעבור הפוליסה/ות התבצעה באמצעות כרטיס אשראי, אני מצהיר ומאשר בזאת כי:

6.1. ידוע לי שרק זיכוי בפועל של חברתכם בסכומי החיוב בגין הפרמיה באמצעות כרטיס האשראי, יהווה תשלום בפועל לעניין בסיס ערך הפדיון המצוין בתחילתו של סעיף זה.

6.2. לא אפנה לחברת האשראי בתביעת החזר כלשהו בגין זיכויי הפרמיה הנ"ל.

### 7. הצהרה לעניין FATCA

החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, **החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי וההיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.**

8. **הצהרה לעניין CRS** החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, **החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי בהתאם להוראות ה-CRS.**

9. ידוע לי כי הפדיון החלקי יבוצע מכל המסלולים בהם מנוהלת הצבירה באופן פרופורציונלי, לפי יחס הצבירה בכל מסלול מתוך הצבירה הכוללת. במידה והנך מעוניין לבצע את הפדיון החלקי ממסלול ספציפי, אנא ציין מאיזה מסלול.

### □ בקשה להפקדת כספי פדיון לחשבון הבנק

אני מבקש את סכום הפדיון לזכות חשבוני בבנק שפרטיו להלן (מצורפת **דוגמת המחאה מבוטלת/אישור** לניהול חשבון הנ"ל):

ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים לטובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "**הבנק**"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאימות ובדיקת תקינות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מספר זיהוי ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני (להלן: "**הליך האימות**").

הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל, ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה, בנוגע להליך האימות, כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי המידע של החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל, באמצעות פניה לחברה, ובלבד שהבקשה לאימות טרם נשלחה למס"ב.

לתשומת לבך, **במידה ולא תמלא את פרטי חשבון הבנק להפקדה, סכום הפדיון יישלח בהמחאה לכתובתך.**

| מספר חשבון          | שם בעל החשבון | שם בנק | קוד בנק | מספר סניף |
|---------------------|---------------|--------|---------|-----------|
| כתובת מגורים (רחוב) |               |        |         |           |
| מס' בית             |               |        |         |           |
| יישוב               |               |        |         |           |
| מיקוד               |               |        |         |           |

• אני מאשר בזה שלא תהיינה לי כל תביעה או טענה נוספת בקשר לזיכוי חשבוני בבנק בגין הפדיון, בהתאם לבקשתי לעיל.

• אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן / בת זוגי.

• אני מסיר מכס כל אחריות במקרה שההעברה בוצעה לחשבון הנ"ל.

### אישור לניכוי הלוואה

ככל שקיימת יתרת הלוואה שנטלתי מהפוליסה, אשר כתוצאה מהפדיון לא יוותר ערך פדיון מספיק להבטחתה, תקוזז היתרה האמורה מהכספים המשולמים לי וינכה מס במקור בהתאם לתקנות מס הכנסה.

### אישור לניכוי מס

□ אני מאשר, שהיה וסכום הפדיון המבוקש יהיה חייב במס בהתאם לתקנות קופות הגמל, ינוכה לי מס בשיעור של 35%.

|       |                |   |
|-------|----------------|---|
| תאריך | שם פרטי ומשפחה | חתימת המבוטח/ בעל הפוליסה/ מוטב למקרה חיים* |
|-------|----------------|---|





## ה. הצהרות נוספות לבעל פוליסה מסוג חברה/תאגיד/חבר בני אדם

הרינו להצהיר בזאת כי ידוע לנו ש -

א. משיכת ערך הפדיון על ידי בעל הפוליסה, תאגיד או חבר בני אדם. תהיה אך ורק באחת מהנסיבות הבאות:

1. עבור תשלום למבוטח בלבד על-פי הסכם עבודה בין המבוטח ובעל הפוליסה, ובמקרה כזה יצורף לבקשה טופס 161 "הודעת מעביד על פרישה של עובד" או כל טופס אחר שיבוא במקומו, בו מצוין הסכום לתשלום שהינו סכום המשיכה.

2. קיים פסק דין של בית הדין לענייני עבודה או ערכאה שיפוטית הקובע כי יש להעביר את הכספים הצבורים בפוליסה לבעל הפוליסה. במקרה זה יצורף לבקשה העתק פסק דין.

3. משיכת ערך הפדיון הינה לצרכי העברה לפוליסת חיסכון אחרת בעבור המבוטח, במקרה כזה תצורף לבקשה הסכמת המבוטח בחתימתו.

ב. הנני מאשר תשלום ל- \_\_\_\_\_ אופק עשת ("המבוטח") ומצהיר כי הסכומים שישולמו ל- \_\_\_\_\_ אופק עשת ("המבוטח")

מתוך פוליסת החיסכון אשר בבעלותנו, נכללו במסגרת תשלומינו למבוטח (כשכר, לרבות מענק פרישה, או דיבידנד - ע"פ העניין) ונוכה מהם מס במקור כחוק.

ג. בעל פוליסה, תאגיד או חבר בני אדם לא יוכל לקבל הלוואה מהפוליסה. במשיכה על ידי בעל פוליסה / תאגיד יש למלא בנוסף טופס הצהרה עצמית של תאגיד 779 וטופס פועל עבור עצמי של תאגיד.

חתימה \*

תאריך

## ו. הצהרת הסוכן לגבי זיהוי המבוטח / בעל הפוליסה

אני מאשר בזאת כי בדקתי את תעודת הזהות / הדרכון של מבצע הפעולה והשוויתי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות / הדרכון לפרטים המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים, העתק מצורף.

המבוטח חתם בפניי על בקשה זו לאחר שהסברתי והבהרתי לו את הפגיעה הנגרמת לזכויותיו עקב ביצוע בקשתו כמפורט לעיל.

אני מאשר בזאת כי בעת מילוי הבקשה לפדיון לא מסר המבוטח / בעל הפוליסה / מוטב למקרה חיים לידי פרטים שמחייבים מילוי טופס אינדיקציות על ידו.

אני מאשר שהמסמכים התקבלו אצלי בתאריך המפורט מטה.

חתימת  
הסוכן \*

מספר  
סוכן

מספר  
זהות

שם פרטי  
ומשפחה

תאריך

## ז. הצהרת עובד החברה לגבי זיהוי המבוטח / בעל הפוליסה

אני מאשר בזאת כי זיהיתי את המבוטח על סמך תעודת הזהות / הדרכון שהציג בפניי, העתק מצורף.

אני מאשר בזאת כי בעת מילוי הבקשה לפדיון לא מסר המבוטח / בעל הפוליסה / מוטב למקרה חיים לידי פרטים שמחייבים מילוי טופס אינדיקציות.

חתימת העובד \*

שם פרטי  
ומשפחה

תאריך

