

קוד מסמך 1289

**בקשה לפידיון מפוליסות לביטוח חיים**

לכבוד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה")  
הנני מבקש בזאת למשוך כספים מהפוליסות שלהלן:


1. פרטי בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים			
דניאל	מלול	314786039	י אשכול 60 בית ש
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	כתובת
0526210902		DANIELMALUL10@GMAIL.COM	
טלפון	נייד	דואר אלקטרוני	

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

CRS - i FATCA	
האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input checked="" type="radio"/> לא	שם פרטי באנגלית
האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input checked="" type="radio"/> לא	
ארץ לידה: _____	שם משפחה באנגלית
*במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.	
האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל? <input type="radio"/> כן <input checked="" type="radio"/> לא	

במידה וענית "כן" אנו ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:


הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדין בכל אחת ממדינות התושבות שצינתי וכי חתמתי על בקשה זו ולרבות ההצהרות שבה נעשתה בישראל.  
בחימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

תאריך חתימה	15 / 7 / 2021
חתימת בעל הפוליסה / המוטב למקרה חיים	

העברת הטופס ישירות לחברה, הינה תנאי מקדים לביצוע הבקשה בהתאם לתנאי הפוליסה

2. סוג המשיכה	
<input checked="" type="radio"/> פדיון מלא כולל כספי הפיצויים החייבים במס <input type="radio"/> אבקש לפדות את הפיצויים (בהתאם לאמור בטופס 161 או הנחיות פקיד השומה שהועברו): <input type="radio"/> מכל הפוליסות <input type="radio"/> מפוליסות מס' 1615846084	<input type="radio"/> פדיון פיצויים פטורים בלבד או את כספי הפיצויים חייבים במס יש להשאיר בפוליסה למטרת קצבה בהתאם לטופס 161א' המצורף

הנחיות נוספות:

- ☒ מכל המעסיקים  
☐ מהמעסיק \_\_\_\_\_  
☐ פדיון חלקי בסך \_\_\_\_\_ ש"ח.  
☐ מאחר ולא הועברו הנחיות מיסוי, הריני לאשר ניכוי מס בשיעור מרבי מהשקל הראשון

אבקש לפדות את התגמולים (חובה לציין) <input checked="" type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> מכל הפוליסות <input checked="" type="radio"/> פוליסות מס' 1615826086 1655491080	1615846084
---	------------

☐ התגמולים הפטורים ממס

(הסכום הפטור ממס יפדה לאחר שהחברה תבדוק את זכאותי לפטור ממס לאור הצהרותי (להלן))

☒ כל כספי התגמולים כולל הכספים שאינם פטורים ממס

ידוע לי שפדיון זה מהווה "משיכה שלא כדין", ואחויב בתשלום מס כדין

הנחיות נוספות:

- ☐ פדיון חלקי בסך \_\_\_\_\_ ש"ח.  
☒ פדיון תגמולים ממעסיקים קודמים בלבד  
 \* פדיון חלקי בשיעור של 90% ומעלה יחשב כפדיון מלא לענין ביטול הכיסוי הביטוחי בפוליסה

**בקשת פדיון תגמולים פטורים ממס תתבסס על העובדות הבאות:**

- ☐ יתכן שמגיע לי פטור ממס על הפדיון עקב מיעוט הכנסות. מצורף טופס 159 א' (הטופס נמצא באתר מס הכנסה: <https://taxes.gov.il>).  
☐ יש לי פטור ממס שקיבלתי מפקיד השומה והוא מצורף לבקשה

- ☐ מלאו לי 60 שנה  
☒ הייתי עצמאי מובטל 6 חודשים ומעלה ברצף מתאריך 15/7/21 עד 1/1/21

**פדיון כספי חסכון פרט (כספים שאינם כפופים לתקנות קופות הגמל)**

☒ כל הפוליסות ☐ פוליסות מס' \_\_\_\_\_  
☐ פדיון מלא ☐ פדיון חלקי \* בסך \_\_\_\_\_

\* פדיון חלקי בשיעור 90% ומעלה מערך הפדיון יחשב כפדיון מלא לענין ביטול הכיסוי הביטוחי בפוליסה.

**לתשומת לבך! חובה לצרף צילום ת.ז. (כולל ספח הכתובת) קריא וברור הכולל תאריך הנפקת התעודה ותמונה.**

**3. פדיון תגמולים לשכירים מתקופת העבודה בה כספי הפיצויים כפופים לסעיף 14**

לאור החלטת ההסדר על פי סעיף 14 על כספי הפיצויים שבפוליסה על שמי, ומכיוון שנוכח למועד בקשת המשיכה טרם מלאו לי 60 שנים, הנני מאשר כי עם ביצוע בקשתי למשיכת תגמולים, החברה תחזיר את רכיב הפיצויים חזרה למעסיק, ואני מוותר על כל טענה ו/או תביעה כנגד החברה בשל כך.



חתימת המבוטח

**3. פרטי הפקדה**

אבקש להפקיד את הסכום ב:

דניאל מלול	הפועלים בע"מ	12	בית שאן	717	627594
שם בעל החשבון	קירבה	שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' חשבון

ש"מ לב!

1. חובה לצרף צילום ת.ז. (כולל ספח כתובת) וצילום המחאה לדוגמה.

2. במידה ואינך בעל החשבון (צד ג') צרף צילום ת.ז. וצילום המחאה של בעל החשבון.

3. מהי סיבת הפדיון \_\_\_\_\_

4. מולאו פרטי תוספת שלישית (ראה עמוד 3 לטופס).

הריני לאשר כי פרטי חשבון הבנק שמסרתי הינם נכונים ומלאים, ולא תהיה לי ו/או למי מטעמי כל טענה ו/או תביעה בקשר להפקדה לחשבון זה.

**4. הצהרות בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים / העמית**

הריני מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן -

1. ידוע לי שביצוע הפעולה הנ"ל יגרום לביטול או להקטנת הכיסוי הביטוחי הקיים בפוליסות שעל שמי וכתוצאה מכך יפגעו זכויותי העתידיות בפוליסה. במשיכת ערך פדיון מלא יבוטלו כל הכיסויים הביטוחיים וזאת בחלוף שלושה ימים מיום קבלת בקשתי זו בחברה.

2. הנני מודע לכך כי ככל שארצה לחדש או להגדיל את הכיסויים הביטוחיים המוזכרים לעיל, יהיה הדבר כרוך בהצהרת בריאות והליך חיתומי שעלול לייקר את הפרמיה ואף לדחות את בקשתי להגדלה או חידוש הכיסוי הביטוחי.

3. ידוע לי כי ככל ולא הועברו הנחיות ציטוי עבור כספי הפיצויים החייבים במס, ניתנת בזאת הסכמתי לניכוי מס מרבי מכספי הפיצויים החייבים במס בסכום של עד 250 ש"ח או בשיעור של עד אחוז אחד מסכום הפדיון הכולל המבוקש, הגבוה מביניהם.

4. מולאו פרטי תוספת שלישית (ראה עמוד 2 לטופס).

5. אני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא עבור אחר, כנדרש בצו איסור הלבנת הון.

6. הצהרתי זו ניתנת לחברה בהתאם לפקודת מס הכנסה (כללים לאישור ניהול קופות הגמל) בתמיכה לבקשתי לשחרור כספי התגמולים.

7. הנני מתחייב בזאת לשלם לחברה כל תשלום שבוטל או הוחזר בכרטיס אשראי/ הוראת קבע לאחר מועד ביצוע הפדיון.

8. אני הח"מ, בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים בפוליסה, מסכים כי במקרה שבו אצהיר שאני אזרח או תושב מדינה זרה או במקרה שבו הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה לכך שיתכן ואני אזרח או תושב מדינה זרה וסירבתי לבקשת החברה למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה בתוך פרק הזמן שהועמד לרשותי, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA ו-CRS.

9. זה שמי, זו חתימתי וכל האמור בהצהרה זו האמת.

לידיעתך!


פדיון הכספים, עלול לגרום לחוסר מידי בכיסוי הביטוחי ולהפחתת היכולת הפיננסית העתידית הנובעת מפוליסות אלו, לכן קיימת חשיבות מרובה לשמירה על זכויותיך 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 שירות הלקוחות בטלפון 3455 \*

**חתימה**

15/7/21	דניאל	מלול	314786039	
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת בעל הפוליסה/המוטב למקרה חיים

סוכן יקר, אם המסמכים לא נמסרו על ידך למשרדי החברה באותו יום בו התקבלו אצלך, הרי שעליך למלא טופס "הודעה על מועד קבלת מסמכי המבוטח", המצוי בפורטל הסוכנים, ולהעבירו יחד עם בקשת המבוטח לחברתנו. יובהר כי ככל שלא יתקבל טופס כאמור, תראה החברה את מועד קבלת המסמכים בחברה, כמועד בו נתקבלו אצל הסוכן.