

קוד מסמך 1289

נשלח באמצעות:

☐ דואר ישראל לכתובתכם

☐ מייל: f1@FNX.CO.IL

☐ פקס: 03-7337986

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בעמ (להלן: "החברה")

דרך השלום 53

גבעתיים, 5345433

הנדון: בקשה לפדיון פיצויים מפוליסות ביטוח מנהלים

מוגשת לכם בזאת בקשתי שבנדון ("הבקשה"). חתימתי מטה מהווה אישור והצהרה בדבר נכונות הפרטים, ידיעתי והסכמתי לכל שנאמר בבקשה. בחירות בבקשה מסומנות ב- ☒

הפדיון יבוצע: <input type="radio"/> מכל הפוליסות <input checked="" type="radio"/> מפוליסות שמספריהן:			
1	2	3	1005987092
4	5	6	

אבקש לפדות את הפיצויים (בהתאם לאמור בטופס 161 או הנחיות פקיד השומה שהועברו):

☒ פדיון מלא כולל כספי הפיצויים החייבים במס
ניתנת בזאת הסכמתי לנכיו המס בהתאם
או
☐ פדיון פצוים פטורים בלבד
את כספי הפיצויים החייבים במס יש להשאיר בקרן למטרת
קצבה בהתאם לטופס 161א המצורף

הנחיות נוספות:

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

ידוע לי כי:

- ככל ולא הועברו הנחיות מיסוי עבור כספי הפיצויים החייבים במס, ניתנת בזאת הסכמתי לנכוי מס מירבי מכספי הפיצויים החייבים במס בסכום של עד 250 ש"ח או בשיעור של עד אחוז אחד מסכום הפדיון הכולל המבוקש, הגבוה מביניהם.
- מכספי הפיצויים הפטורים ינוכה מס רווח הון על פי חוק.
- במקרה של פדיון מלא יבוטלו הכסויים הביטוחיים בפוליסות אלה שלושה ימים לאחר הגשת הבקשה. אם ארצה לחדשם תהיה החברה רשאית לדרוש ממני הוכחת מצב בריאות, ובעקבותיה לייקר את מחיר הביטוח או אף לסרב לבקשתי לחדשו.
- ביצוע הפדיון יקטין או אף יבטל את הכסוי הביטוחי הקיים בפוליסות אלה, ויפגע בזכויות העתידיות שבהן.
- יתרת חוב הלוואה (אם קיימת) תקוזז מן הפדיון שביקשתי.

אבקש להפקיד את כספי הפדיון ב ☒ חשבוני ☐ בחשבון על שם:

פרטי החשבון להעברה: שם הבנק לאומי לישראל בע"מ מס' בנק 10 שם סניף רחובות מס' סניף 930 מס' חשבון 079152

מצורפים:

- ☒ צילום קריא של תעודת הזהות שלי הכולל את הספח
- ☒ צילום צק שבו נראים בברור פרטי החשבון, או אישור הבנק על ניהול החשבון. נא הפקידו את כספי הפדיון לחשבון זה
- ☐ צילום קריא של תעודת הזהות של בעלי החשבון בו ביקשתי להפקיד את כספי הפדיון (אם זהה לקודם - אין צורך)
- ☐ טופס מהמעסיק הכולל הודעת עזיבה והעברת כספי הפיצויים לבעלותי
- ☐ טופס 161 (או הנחיות פקיד השומה)

חתימתי מהווה אישור והצהרה בדבר נכונות כל האמור בטופס זה ☒ אני המבוטח ☐ אני מיופה כוחו/אפוטרופוס של המבוטח (מצ"ב יפוי כוח/צו מינוי אפוטרופוס)

07/20/2021 x	GalRubin x	204484273	רובין	גל
תאריך	חתימה	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי
GALRUBIN2044@GMAIL.COM	0544494031		ירושלים	אריסטובולוס 4/7
דואר אלקטרוני	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	ישוב	כתובת (רח' ומספר)

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

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.