

נשלח באמצעות:

☐ דואר ישראל לכתובתכם

☐ מייל: f1@fnx.co.il

☐ פקס: 03-7337986

☐ שיחה מוקלטת (לשימוש החברה)

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה")

הנדון: בקשה לפדיון תגמולי שכיר או עצמאי מפוליסת ביטוח חיים

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

הפדיון הינו של תגמולי שכיר ☒ עצמאי ☐ (יש למלא שאלון FATCA ו- CRS ותוספת שלישית - ראה עמ' 3-2 לטופס)

הפדיון יתבצע ☐ מכל הפוליסות ☒ מפוליסות שמספריהן:

1	2166390019	2	3
---	------------	---	---

אבקש לפדות את (חובה לציין):

☐ התגמולים הפטורים ממס

☒ כל כספי התגמולים כולל הכספים שאינם פטורים ממס

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

בבקשת פדיון תגמולים פטורים ממס תתבסס על העובדות הבאות:

☐ מלאו לי 60 שנה

☐ ייתני עצמאי ☐ מובטל 6 חודשים ומעלה ברצף מתאריך _____ עד _____

☐ 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

ידוע לי כי:

- במקרה של פדיון מלוא התגמולים יבטלו הכסויים הביטוחיים בפוליסות הללו 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 הללו, ויפגע בזכויות העתידיות בהן.
- יתרת חוב הלואה (אם קיימת) תקוזז מן הפדיון שביקשתי.
- אשלם לכם כל תשלום שהייתי חייב לשלמו בהתאם לתנאי הפוליסה, אם הוא לא בוצע עקב הפדיון.

אבקש להפקיד את כספי הפדיון ב- ☒ חשבוני ☐ בחשבון על שם: _____ ☐ הנני מאשר העברת הכספים לצד ג' _____

פרטי החשבון להעברה: שם הבנק _____ ☒ בנק הפועלים _____ מס' בנק _____ 12 שם סניף _____ שאלו המ' _____ מס' סניף _____ 532 מס' חשבון _____ 128577

מצורפים:

☒ צילום קריא של תעודת הזהות שלי כולל הספח

☒ צילום צ'ק שבו נראים בברור פרטי החשבון, או אישור הבנק על ניהול החשבון. לחשבון זה נא הפקידו את כספי הפדיון

☒ שאלון FATCA ו- CRS ותוספת שלישית (יש לצרף בפדיון תגמולי עצמאי)

☐ צילום קריא של תעודת הזהות של בעל החשבון אליו ביקשתי להפקיד את הפדיון ולציין את הקרבה _____

☐ טופס מהמעסיק הכולל הודעת עזיבה (יצורף בפדיון תגמולי שכיר)

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

דניאל	זורנסקי	0 1 1 0 8 7 2 5 1	11/07/2021
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך
הזוהר	תל אביב	050-2106147	oksana.gutin@gmail.com
כתובת (רח' ומספר)	ישוב	מס' טלפון	דואר אלקטרוני

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שצינת 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.

טופס שאלות FATCA-CRS

פרטי בעל הפוליסה				
דניאל	זטורנסקי	הזוהר 43, תל אביב	0 1 1 0 8 7 2 5 1	
שם פרטי בעברית	שם משפחה בעברית	כתובת בעברית	כתובת באנגלית	מס' ת.ז.

CRS-I FATCA	
DANIEL	ZATURANSKY
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית


האם אתה אזרח ארה"ב? ☐ כן ☒ לא
 האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? ☐ כן ☒ לא
 ארץ לידה: ברית המועצות
 *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? ☐ כן ☒ לא

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

מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדין בכל אחת ממדינות התושבות שצינתי וכי חתמתי על בקשה זו, לרבות ההצהרה שבשה, בישראל.
 בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות ההצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

 חתימת בעל הפוליסה		11/07/2021
		תאריך חתימה

טופס הצהרת מוטב למקרה חיים/מוטב למקרה מוות
תוספת שלישית - (סעיף 5 (ד))

מס' הפוליסה/החשבון: **2166390019** שם קופת הגמל: **הפניקס חברה לביטוח**

אני: **דניאל זורנסקי** (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד), בעל מס' זהות: **011087251**

מצהיר בזה כי:

☒ אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון.

☐ הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון הם:


שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה/התאגדות ²	מען

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי-מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח רגלי נכון לחוק איסור הלבנת הון, תשע"ז-2017, מהווה עבירה פלילית.

	<input checked="" type="checkbox"/>		11/07/2021
חתימת			תאריך

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזהויה.

2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.