

## בקשה לפידיון מפוליסות לביטוח חיים

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

מוגשת לכם בזאת בקשתי למשיכת הכספים בהתאם לפרטים שלהלן:

| 1. פרטי בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים |            |                       |               |
|---|------------|-----------------------|---------------|
| ראובברגר  | חיים       | 059575688             | הושעיה הושעיה |
| שם פרטי   | שם משפחה   | ת.ז.                  | כתובת         |
| הושעיה הושעיה                                   | 0545241328 | chaimrauch2@gmail.com |               |
| טלפון   | נייד       | דואר אלקטרוני         |               |

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

| CRS- 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                       | שם משפחה באנגלית                     |
| ארץ לידה: _____   |                                      |
| * 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" אנה ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:  |                                      |
| מדינה   | מספר TIN                             |
| 1.  |                                      |
| 2.  |                                      |
| 3.  |                                      |
| הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדון בכל אחת ממדינות התושבות שצינת  |                                      |
| וכי חתמתי על בקשה זו, לרבות ההצהרות שבה, בישראל.  |                                      |
| בחתמתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.   |                                      |
| 16/11/2021  | תאריך חתימה                          |
| 16/11/2021  | חתימת בעל הפוליסה / המוטב למקרה חיים |

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

## 2. סוג המשיכה

אבקש לפדות את הפיצויים (בהתאם לאמור בטופס 161 או הנחיות פקיד השומה (העובד): ☐ מכל הפוליסות ☒ מפוליסות מס' 1866270083

☐ פדיון מלא כולל כספי הפיצויים החייבים במס  
ניתנת בזאת הסכמתי לנכחי המס בהתאם

☐ פדיון חלקי בסך 30000 ש"ח  
מכל מעסיקי

☐ פדיון חלקי בסך 30000 ש"ח  
מהמעסיק

מאחר ולא הועברו הנחיות מיסוי, הריני לאשר ניכוי מס בשיעור מרבי מהשקל הראשון

אבקש לפדות את התגמולים (חובה לציין): ☒ שכיר ☒ עצמאי

הפדיון יבוצע: ☐ מכל הפוליסות ☒ מפוליסות מס' 1866270083

הנחיות נוספות:

☒ 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.

☐ פדיון חלקי בסך 30000 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:

☐ 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

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

☐ כל הפוליסות ☒ פוליסות מס' 1866270083

☐ פדיון מלא ☒ פדיון חלקי בסך 30000

\* פדיון חלקי בשיעור של 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. פרטי הפקדה

אבקש להפקיד את הסכום ב:

|               |                       |          |             |           |           |
|---------------|-----------------------|----------|-------------|-----------|-----------|
| חיים ראובברגר | בנק לאומי לישראל בע"מ | 10       | המלך ג'ורג' | 902       | 21478758  |
| שם בעל החשבון | שם הבנק               | מס' הבנק | שם הסניף    | מס' הסניף | מס' חשבון |

שים לב!

- חובה לצרף צילום ת.ז (כולל ספח כתובת) וצילום המחאה לדוגמה.
  - במידה ואינך בעל החשבון (צד ג') צרף צילום ת.ז וצילום המחאה של בעל החשבון.
  - מהי סיבת הפדיון \_\_\_\_\_.
  - בפדיון מפוליסות חסכון פרט או תגמולים לעצמאיים יש למלא תוספת שלישית.
- 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.

ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים ולטובתי, תפנה החברה לבנק הרלבנטי (להלן: "הבנק") באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב) לאימות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מס' זיהוי ומס' חשבון, וזאת לצורך בדיקת תקינות פרטי חשבון הבנק שלי ועל מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני. 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 כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה בנוגע להליך האימות כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל.

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

הריני מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן -

- 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 יבטלו כל הכיסויים הביטוחיים וזאת בחלוף שלושה ימים מיום קבלת בקשתי זו בחברה.
- 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.
- 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.
- ידוע לי כי בקשתי לפדיון הפוליסה תבוצע לאחר פרעון יתרת חוב ההלוואה ככל שקיימת.
- הנני מתחייב בזאת לשלם לחברה כל תשלום שבוטל או הוחזר בכרטיס אשראי/ הוראת קבע לאחר מועד ביצוע הפדיון.
- 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 זיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה- CRS ו- FATCA.
- 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 זכויותי 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

|            |         |          |           |                                      |
|------------|---------|----------|-----------|--------------------------------------|
| 16/11/2021 | חיים    | ראובברגר | 059575688 | X                                    |
| 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.

## טופס הצהרת מוטב למקרה חיים/מוטב למקרה מוות

### תוספת שלישית - (סעיף 5 (ד))

| מס' הפוליסה/החשבון:  | 1866270083            | שם קופת הגמל:                   | הפניקס מסלול השקעה כללי  |
|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| חיים ראוברגר   |                       | 059575688                       |  |
| אני: _____ (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד), בעל מס' זהות: _____  |                       |                                 |  |
| מצהיר בזה כי:  |                       |                                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון.  |                       |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון הם:   |                       |                                 |  |
| שם   | מס' זהות <sup>1</sup> | תאריך לידה/התאגדות <sup>2</sup> | מען  |
|  |                       |                                 |  |
|  |                       |                                 |  |
| בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):  |                       |                                 |  |
| שם   | מס' זהות <sup>1</sup> | 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 בלתי נכון לחוק איסור הלבנת הון, תשע"ז-2017, מהווה עבירה פלילית. |                       |                                 |  |
| 16/11/2021   |                       |                                 | <br>16/11/2021<br>חתימת |
| תאריך  |                       |                                 |  |

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי.
2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.

# מסמך זה ננעל מפני שינויים ע"י חתימה ממוחשבת



## רשימת החתמות

| תחנה | שם תחנה | שם החותם      | דואר אלקטרוני         | טלפון נייד | כתובת ממנה נחתם | תאריך חתימה         |
|------|---------|---------------|-----------------------|------------|-----------------|---------------------|
| 1    | לקוח    | חיים ראובברגר | chaimrauch2@gmail.com | 0545241328 | 37.142.167.181  | 07:50:01 16/11/2021 |