

בקשה למשיכת כספי פיצויים ו/או תגמולי שכירים מביטוח חיים ו/או פנסיה

שים לב!
טופס זה מכיל 2 עמודים.
יש למלא את שני העמודים
בסעיפים הרלוונטיים.

סוג מסמך: 3072
לשימוש פנימי

מס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169
ניתן לוודא את קבלת הפקס 3 שעות לאחר המשלוח בטל" 1700-70-28-70

מספר ת.ז.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מספרי פוליסה/ות:

לידיעתך!

פדין הכספים עלול לגרום לפגיעה בכיסויים הביטוחיים ו/או בזכויות הפנסיוניות או לביטולם, לכן קיימת חשיבות מרובה לשמירה על זכויותך בפוליסה ו/או בחשבונך בקרן הפנסיה.
בקשתך למשיכת הכספים תועבר למחלקת שימור זכויות מבטחים שבחברתנו כדי להציג בפניך מגוון אפשרויות לשמירה והמשך זכויותך. לפרטים נוספים הנך מוזמן לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד שירות לקוחות.

לכבוד:

הראל חברה לביטוח בע"מ/הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ. (להלן "החברה")
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 52118
באמצעות אגף ביטוח חיים

הבקשה הגיעה באמצעות:

סוכן/סוכנות הביטוח: _____
מס' סוכן: _____
חתימת סוכן: _____

א טפסים: יש לצרף הטפסים הבאים:

- טפסי חובה כללי:** צילום תעודת זהות צילום המחאה מבוטלת לצורך העברה בנקאית
- טפסי חובה לעניין משיכת פיצויים:** מכתב העברת בעלות ממעסיקך טופס 161 או אישור פקיד שומה

ב פרטי המבוטח: (יש לצרף צילום תעודת זהות)

שם משפחה:	שם פרטי:	ישוב:	רחוב:	מס' בית:	מיקוד:
*מספר טלפון:	*מספר נייד: (חשוב מאוד לצורך טיפול יעיל בבקשתך)	E-MAIL: _____@_____			

*ידוע לי כי אפשר ויערכו אליי פניות או ישלחו אליי מסרונים למספר טלפון זה.

ג המשך פוליסה (בהראל ביטוח בלבד): במידה והפוליסה פעילה במועד הבקשה ולא מדובר בפדיון מלא, באפשרותך לפעול כדלקמן:

- המשך הפוליסה בפרמיה מלאה/חלקית/ריסק זמני. (יש לצרף טופס בקשה לשמירת הכיסוי הביטוחי ושמירת זכויות לאחר עזיבת עבודה).
- העברת הפוליסה למעסיק חדש. (יש לצרף טופס קבלת בעלות מעסיק חדש)
- הקפאת הפוליסה (סילוק פוליסה) לרבות ביטול הכיסויים הביטוחיים.
- במידה ולא יועברו הנחיות כאמור לעיל וקיימים בפוליסה כיסויים ביטוחיים, הפוליסה תישאר בתוקף עפ"י תנאי הפוליסה. במידה והפרמיה לא תשולם, הפוליסה תסולק ועלות הכיסויים הביטוחיים עד מועד הסילוק תנוכה מהצבירה עפ"י תנאי הפוליסה.
- לפרטים אודות אפשרויות המשך הביטוח במסגרת קרן הפנסיה אנא פנה למוקד שירות לקוחות הראל בטל": *הראל או *2735**

בקשה למשיכת כספי פיצויים ו/או תגמולי שכירים מביטוח חיים ו/או פנסיה

ד פיצויים:	
משיכת כספים: (חובה לסמן) <input type="radio"/> מפוליסת ביטוח חיים <input type="radio"/> מקרן הפנסיה	
מעסיק: <input type="radio"/> משיכת פיצויים ממעסיק נוכחי <input type="radio"/> משיכת פיצויים ממעסיק קודם, שם מעסיק: _____	
במידה ולא תצוין אחת מהאפשרויות, יפדו כספי הפיצויים בגין ההפקדות של מעסיק אחרון.	
<input type="radio"/> משיכה של כספים פטורים ממס בלבד. היתרה מיועדת לקצבה.	<input type="radio"/> משיכה מלאה של כל כספי הפיצויים.
<input type="radio"/> משיכה חלקית מפוליסת/חשבון: בסך של _____ ש"ח.	
ידוע לי כי מכספי הפיצויים החייבים במס, מעבר לסכום הפטור, ינוכה מס בכפוף לטופס 161 או הנחיות פקיד שומה, ובהעדר הנחיות פקיד שומה, ינוכה שיעור מס מירבי בהתאם לתקנות מס הכנסה.	

ה תגמולים שכירים:	
משיכת כספים: <input type="radio"/> מפוליסת ביטוח חיים <input type="radio"/> מקרן הפנסיה	
<input type="radio"/> משיכה של כספים פטורים ממס בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף ו' להלן עפ"י תקנות קופות הגמל. (יתרת הכספים, החייבים במס משיכה שלא כדין, יישארו בפוליסה)	<input type="radio"/> משיכה מלאה של כל הכספים, כולל הכספים החייבים במס כמתחייב בתקנות מס הכנסה.
הצהרות בעניין כספים פטורים - ראה סעיף ו'.	ידוע לי כי מכספי התגמולים החייבים במס ינוכה מס משיכה שלא כדין בגובה של 35% לפחות.

ו תקנות קופות הגמל 34 (ב') :	
ז הצהרות אלו רלוונטיות לכספים בקרן הפנסיה או בקרן הפנסיה או	<input type="radio"/> הריני מצהיר כי החל מתאריך _____ ועד תאריך _____, תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, לא עבדתי כלל.
	<input type="radio"/> הריני מצהיר כי החל מתאריך _____ הנני עצמאי במשך 6 חודשים רצופים לפחות ואין לי מעביד המשלם עבורי לתגמולים. (יש לצרף תעודת עוסק מורשה או אישור מע"מ)
	<input type="radio"/> במידה ומעבידך הנוכחי אינו מפריש עבורך לקופת גמל ועברו 13 חודשים מתאריך התחלת עבודתך אצלו ובכפוף להצהרה הבאה: (יש לצרף תלוש שכר אחרון) "הרינו מאשרים כי מר/גב' _____ ת.ז. מס' _____ החלה לעבוד אצלנו בתאריך _____ . לא הפרשנו ואיננו מפרישים עבורו/ה כספים לכל קופת גמל כלשהי".
	תאריך _____ טלפון _____ חתימה וחותמת המעביד _____
<input type="radio"/> הנני בן 60 ומעלה וחלפו 5 שנים מיום תחילת הביטוח. כספים בקרן הפנסיה או בקצבה שנצברו עד 31/12/99, או כספים שנצברו בפוליסה הונית עד 31/12/07, הינם פטורים ממס.	

ז פרטי חשבון בנק של המבוטח להעברת הפדיון: (יש לצרף המחאה מבוטלת או אישור על ניהול חשבון לשם אימות פרטי החשבון)				
שם הבנק:	מס' הבנק:	מס' הסניף:	מס' חשבון בנק:	שם בעל החשבון:

ח הצהרות המבוטח:				
1. ידוע לי כי משיכה, מלאה או חלקית של כספים מהפוליסה או מקרן הפנסיה, תבטל או תקטין בהתאם את הכיסויים הביטוחיים.				
2. ידוע לי כי במידה ונטלתי מהראל ביטוח או מקרן הפנסיה הלוואה, יתרת הלוואה תקוזז מיתרת הכספים המגיעים לי.				
3. ידוע לי כי משיכת כל הכספים מחשבון הראל ניהול קרנות פנסיה מבטלת את זכויותיהם של שאריי בקרן.				
4. הריני לאשר לחברה לנכות מס במקור בהתאם להוראות הדין מתוך הכספים החייבים במס אותם ביקשתי למשוך.				
5. ידוע לי כי לחברה עומדת הזכות לבצע אימות טלפוני להגשת הבקשה על ידי.				
6. יתרת הכספים למשיכה תהיה שווה ליתרה הצבורה המעודכנת בקרן הפנסיה ביום המשיכה.				
שם המבוטח:	ת.ז.:	תאריך:	חתימת בעל הפוליסה:	