

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

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

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

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

לכבוד,
הראל חברה לביטוח בע"מ / הראל קרנות פנסיה בע"מ (להלן "החברה")
רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 5211802 באמצעות אגף ביטוח חיים

לידיעתך!

פידיון הכספים עלול לגרום לפגיעה בכיסויי הביטוחיים ו/או הזכויות הפנסיוניות או לביטולם, לכן קיימת חשיבות מרובה לשמירה על זכויותיך בפוליסה ו/או בחשבונך בקרן הפנסיה.

בקשתך למשיכת הכספים תועבר למחלקת שימור זכויות מבוטחים שבחברתנו כדי להציג בפניך מגוון אפשרויות לשמירה והמשך זכויותיך. לפרטים נוספים הך מוזמן לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד שירות לקוחות.

מס' ת.ז.

מס' פוליסה/ות ביטוח לשכירים(מנהלים): 1. 2. 3.

יש לצרף את טפסי החובה הבאים: צילום תעודת זהות צילום המחאה מבוטלת לצורך ביצוע העברה בנקאית
טפסי חובה לעניין משיכת פיצויים: מכתב העברת בעלות ממעסיקך טופס 161 אישור פקיד שומה

א פרטי המבוטח (יש לצרף צילום ת.ז.)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
דואר אלקטרוני*	E-MAIL		
טלפון	טלפון נייד		

*ידוע לי כי ייתכן והמבטח יעשה שימוש בכתובת הדואר האלקטרוני אותה פירטתי לעיל לצורך משלוח דיווחים, בהתאם להוראות הדין, אשר עשויים לכלול "מידע רגיש" אודותיי והנני מאשר כי פתיחת הדואר האלקטרוני בכתובת המצוינת תהיה על ידי בלבד.

ב המשך פוליסה במידה והפוליסה פעילה במועד הבקשה ולא מדובר בפידיון מלא, באפשרותך לפעול כדלקמן לפוליסת ביטוח לשכירים בלבד (מנהלים):

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 פרמיה) 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 / 2735*

ג פיצויים

משיכת כספים (חובה לסמן): מפוליסת ביטוח חיים מקרן הפנסיה

מעסיק: משיכת פיצויים ממעסיק אחרון משיכת פיצויים ממעסיק קודם, שם המעסיק:

במידה ולא תצוין אחת מהאפשרויות, ייפדו כספי הפיצויים בגין ההפקדות של מעסיק אחרון.

משיכה של כספים פטורים מס בלבד. משיכה מלאה של כל כספי הפיצויים. משיכה חלקית מפוליסת/חשבון בן ש

ידוע לי כי מכספי הפיצויים החייבים במס, מעבר לסכום הפטור, ינוכה מס בכפוף לטופס 161 או הנחיות פקיד שומה. בהיעדר הנחיות פקיד שומה ינוכה שיעור מס מירבי בהתאם לתקנות מס הכנסה.

משיכת כספים (חובה לסמן): מפוליסת ביטוח חיים מקרן הפנסיה

משיכה של כספים פטורים ממס בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף ה' להלן, עפ"י תקנות קופות הגמל. (יתרת הכספים החייבים במס משיכה שלא כדון יישארו בפוליסה) הצהרות בעניין כספים פטורים - ראה סעיף ה'.

משיכה מלאה של כל הכספים, כולל הכספים החייבים במס כמתחייב בתקנות מס הכנסה. ידוע לי כי מכספי התגמולים החייבים במס ינוכה מס משיכה שלא כדון בגובה של 35% לפחות.

ה תקנות קופות הגמל 34 ב'

הצהרות אלו רלוונטיות לכספים בקרן הפנסיה או בקיצבה שנצברו עד 31.12.99, או לכספים שנצברו בפוליסה הניתנת עד 21.12.04.	<input type="checkbox"/> הריני מצהיר כי החל מתאריך / / ועד תאריך / / תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, לא עבדתי כלל.
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> במידה ומעבידך הנוכחי אינו מפריש עבורך לקופת גמל ועברו 13 חודשים מתאריך התחלת עבודתך אצלו ובכפוף להצהרה הבאה: "הרינו מאשרים כי מר/גב' מס' ת.ז. החל/ה לעבוד אצלנו בתאריך / / לא הפרשנו ואיננו מפרישים עבורו/ה כספים לכל קופת גמל כלשהי." (יש לצרף תלוש שכר אחרון). תאריך / / טלפון: חתימה וחותמת המעביד:
	<input type="checkbox"/> הנני בן 60 ומעלה וחלפו 5 שנים מיום תחילת הביטוח. כספים בקרן הפנסיה או בקיצבה שנצברו עד 31.12.99, או כספים שנצברו בפוליסה הניתנת עד 31.12.07, הינם פטורים ממס.

י פרטי חשבון הבנק של המבוטח להעברת הפידיון (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			

ז 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 יתרת ההלוואה, באם נטלתי, תקוזז מיתרת הכספים שמגיעים לי.

3. ידוע לי כי משיכת כל הכספים מחשבון הראל ניהול קרנות פנסיה מבטלת את זכויותיהם של שאר"י 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.

.....

תאריך	שם המבוטח	מס' ת.ז.	חתימת בעל הפוליסה
-------	-----------	----------	-------------------

ח הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיגוי אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

.....

תאריך	חתימה
-------	-------

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.