



| | |
|-------------------------|------------------|
| שם בעל הרישיון הפנסיוני | מספר בעל הרישיון |
| שם המפקח | |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

בקשה לפדיון פוליסה/ות ביטוח חיים

טופס מספר 8

| א. פרטי המבוטח / בעל הפוליסה | | | | |
|------------------------------|----------|---------|------------|-----------------|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | מספר טלפון | מספר טלפון נייד |
| | | | | |
| כתובת מגורים (רחוב) | | מס' בית | ישוב | מיקוד |

| ב. בקשה לפדיון פוליסה/ות | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--|--|
| אני מבקש לפדות את הפוליסה/ות הרשומות להלן: | | | | |
| פוליסה מספר | פדיון מלא | פדיון חלקי (יש לרשום סכום) | חובה לצרף מסמכים אלה: | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • תצלום של תעודה מזהה כולל ספח כתובת: תעודת זהות או דרכון של המבוטח או של בעל הפוליסה, לפי העניין. | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • הודעה אחרונה על מצב ביטוח שנתי או רבעוני או פוליסה מקורית בפדיון מלא בלבד או הצהרת סוכן/עובד חברה בדבר זיהוי המבוטח (סעיף ד' או ה'). | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

ג. הצהרות המבוטח / בעל הפוליסה

אני מגיש את בקשתי זו לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עלי ועל משפחתי:

- ידוע לי שמשרכת הפדיון היום עלולה לגרום לחוסר בכיסוי הביטוחי המייד וכן תגרום להפחתת היכולת הפנסיונית העתידית שלי הנובעת מפוליסה/ות אלו.
- ידוע לי כי במקרה של פדיון מלא, כל הכיסויים הביטוחיים יתבטלו, ובמקרה של פדיון חלקי, הסכומים של הכיסויים הביטוחיים יפגעו בהתאם.
- ידוע לי שבמקרה שאבקש בעתיד לחדש את הכיסויים שבוטלו או הוקטנו עקב בקשתי הנ"ל, בין באותה פוליסה ובין בפוליסה חדשה, יהיה הדבר כרוך בתהליך מחודש של הוכחת מצב בריאות. ידוע לי שכתוצאה מכך יתכן ותתייקר הפרמיה, זאת בנוסף להתייקרות שתהיה עקב היותי אז בגיל מבוגר יותר.
- ידוע לי שבעת ביצוע בקשתי שבנדון - הסכום לתשלום הנובע מ"קופת ביטוח" כפוף להוראות ניכוי מס במקור על-פי תקנות קופות גמל לרבות מס רווחי הון.
- ידוע לי כי ערך פדיון הפוליסה/ות שישולם לי מבוסס על תשלום בפועל של הפרמיות בעבור הפוליסה/ות, לרבות אלה ששולמו במידה וגביית הפרמיות בעבור הפוליסה/ות התבצעה באמצעות כרטיס אשראי, אני מצהיר ומאשר בזאת כי:
 - ידוע לי שרק זיכוי בפועל של חברתכם בסכומי החיוב בגין הפרמיה באמצעות כרטיס האשראי, יהווה תשלום בפועל לעניין בסיס ערך הפדיון המצוין בתחילתו של סעיף זה.
 - לא אפנה לחברת האשראי בתביעת החזר כלשהו בגין זיכוי הפרמיה הנ"ל.
 - אני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא בעבור אחר, כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון.

בקשה להפקדת כספי פדיון לחשבון הבנק
אני מבקש את סכום הפדיון לזכות חשבוני בבנק שפרטיו להלן (מצורפת דוגמת המחאה מבוטלת מחשבוני הנ"ל):

| מספר חשבון | שם בעל החשבון | שם בנק | קוד בנק | מספר סניף |
|------------------|---------------|---------|---------|-----------|
| | | | | |
| כתובת בנק (רחוב) | | מס' בית | ישוב | מיקוד |

- אני מאשר בזה שלא תהיינה לי כל תביעה או טענה נוספת בקשר לזיכוי חשבוני בבנק בגין הפדיון, בהתאם לבקשתי לעיל.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן/בת זוגי.
- אני מסיר מכם כל אחריות במקרה שההעברה בוצעה לחשבון הנ"ל.

אישור לניכוי מס

אני מאשר, שהיה וסכום הפדיון המבוקש יהיה חייב במס בהתאם לתקנות קופות הגמל, ינוכה לי מס בשיעור של 35%.

| | | |
|-------|----------------|---------------------------|
| תאריך | שם פרטי ומשפחה | חתימת המבוטח/ בעל הפוליסה |
|-------|----------------|---------------------------|

ד. הצהרת הסוכן לגבי זיהוי המבוטח / בעל הפוליסה

אני מאשר בזאת כי זיהיתי את המבוטח על סמך תעודת זהות/הדרכון שהציג בפניי, העתק מצורף. המבוטח חתם בפניי על בקשה זו לאחר שהסברתי ובהרתי לו את הפגיעה הנגרמת לזכויותיו עקב ביצוע בקשתו כמפורט לעיל.

| | | | | |
|-------|----------------|-----------|------------|-------------|
| תאריך | שם פרטי ומשפחה | מספר זהות | מספר הסוכן | חתימת הסוכן |
|-------|----------------|-----------|------------|-------------|

ה. הצהרת עובד החברה לגבי זיהוי המבוטח / בעל הפוליסה

אני מאשר בזאת כי זיהיתי את המבוטח על סמך תעודת זהות/הדרכון שהציג בפניי, העתק מצורף.

| | | |
|-------|----------------|-------------|
| תאריך | שם פרטי ומשפחה | חתימת העובד |
|-------|----------------|-------------|

