

סוכן/מבוטח יקר,

על מנת להקל על התהליך ולהימנע מעיכובים מיותרים, ריכזנו עבורך רשימת בדיקות ככלי עזר להעברת טופס הבקשה לפדיון בהתאם להנחיות:

- ✓ טופס הבקשה עדכני (מהדורה אחרונה)
- ✓ צוין הגוף המוסדי אליו מופנית הבקשה
- ✓ פרטי סוג המשיכה (פרט, פיצויים, תגמולים לשכירים/עצמאיים) ומספרי הפוליסות מולאו באופן ברור וקריא (סעיף 2)
- ✓ במשיכת כספי תגמולים ללא עמידה בתקנות קופות הגמל, קיימת חתימה בסעיף 5 בטופס הבקשה.
- ✓ צילום תעודת הזהות קריא ונושא תמונה ברורה
- ✓ צילום ההמחאה נושא את פרטי החשבון באופן ברור וקריא
- ✓ פרטי ההפקדה שצוינו בסעיף 9 תואמים לצילום ההמחאה שצורפה.
- ✓ בהעברת כספי הפדיון לבעל חשבון שונה מבעל הפוליסה, צורף בנוסף צילום תעודת זהות של בעל החשבון (בפוליסה כפופה לצו הלבנת הון נדרשת גם חתימה על הצהרה שנייה).
- ✓ קיימת חתימה בסעיף החתימות בטופס הבקשה.
- ✓ בפדיון מקרן הפנסיה - קיימת חתימה על ההצהרות המתאימות בסעיף 8.

את הבקשה ניתן להעביר באחת מהדרכים הבאות:

1. במייל - לכתובת sherutlife@fnx.co.il
2. בפקס - למספר הפקס המיועד בהתאם למצוין בראש הטופס
3. ישירות למשרדי החברה.

בקשה לפידיון

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

לכבוד הפניקס פנסיה וגמל בע"מ/הפניקס חברה לביטוח בע"מ
 הנני מבקש בזאת למשוך כספים מאחד או יותר מהמוצרים שלהלן:

○ ביטוח חיים ○ הפניקס פנסיה מקיפה ○ הפניקס פנסיה משלימה ○ קרן הפנסיה הותיקה עמית יסוד

1. פרטי המבוטח

שם פרטי ומשפחה		ת.ז.		כתובת	
טלפון		נייד		דואר אלקטרוני	

FATCA

שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית	האם אתה אזרח ארה"ב? ○ כן ○ לא	האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? ○ כן ○ לא
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית	פרטי ושם משפחה באנגלית.	*במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.

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

2. סוג המשיכה

פדיון כספי פרט (כספים שאינם כפופים לתקנות קופות הגמל)

○ כל הפוליסות ○ פוליסות מס' _____
 ○ פדיון מלא ○ פדיון חלקי בסך _____

פדיון פיצויים

○ פדיון כספי הפיצויים החייבים בניכוי מס כחוק ○ פדיון כל כספי הפיצויים הפטורים ממס
 ○ פדיון חלקי בסך _____ ש"ח מהפיצויים הפטורים ממס. ציין מס' פוליסות _____
 ○ פדיון פיצויים ממעסיק _____ ○ פדיון פיצויים מכל המעסיקים הקודמים _____

פדיון תגמולים לשכירים/עצמאיים (כספים כפופים לתקנות קופות הגמל) בהתאם להצהרתי בסעיף 3 ו/או 4

○ כל הפוליסות ○ פוליסות מס' _____
 ○ פדיון מלא ○ פדיון חלקי בסך _____ ○ פדיון תגמולים ממעסיקים קודמים *

מבוטח/ת יקר/ה - לתשומת ליבך! הכספים הנ"ל ניתנים למשיכה ללא תשלום מס, בכפוף לתנאים המפורטים בתקנות קופות הגמל תשכ"ד - 1964 במידה והינך עומד בתקנות אלה - חתום על ההצהרה המתאימה בסעיף 3 ו-4 - ראה "תנאי משיכה לתגמולים כפופים לתקנות קופות הגמל" במידה ואינך עומד בתקנות אלה - חתום על הצהרה בסעיף 5 - ראה "הסכמה לניכוי מס".
 *במשיכת תגמולים לשכירים מתקופת עבודה בה כספי הפיצויים כפופים לסעיף 14 (עזיבה ללא זכאות לפיצויים), יש לחתום על ההצהרה בסעיף 7. מבוטח/ת יקר/ה - לתשומת ליבך! חובה לצרף צילום ת.ז. (כולל ספח הכתובת) קריא וברור הכולל תאריך הנפקת התעודה ותמונה.

3. תנאי משיכה (פדיון) לתגמולים כפופים לתקנות קופות גמל

מס'ד	סוג הקופה	סוג הכספים	תנאים למשיכה	הצהרת המבוטח
1	הון	תגמולי שכירים/קופות גמל שכירים	כספים שהופרשו עד 01.01.2005	○ מלאו לי 60 שנה ולפוליסה ותק של 5 שנים מלאות ○ הנני עומד בהוראות תקנה 34 (ב)6 בתקנות קופות הגמל
2			תגמולי עצמאיים/קופ"ג לעצמאים	כספים שהופרשו עד 01.01.2006 ○ קיים ותק של 15 שנה לפוליסה ○ מלאו לי 60 שנה ולפוליסה ותק של 5 שנים מלאות
3	קצבה	תגמולי שכירים/קרן פנסיה שכירים	כספי קיצבה שהופרשו עד 01.01.2000	○ הנני עומד בהוראות תקנה 34 (ב)6 בתקנות קופות הגמל ○ נדרש למלא סעיף 4
4			תגמולי עצמאיים/קרן פנסיה לעצמאים	○ מלאו לי 60 שנה ○ קיים ותק של 15 שנה לפוליסה ○ מלאו לי 60 שנה

4. תקנות קופות הגמל 34(ב)6

○ במידה ובמשך 6 חודשים רצופים היית מובטל אנא מלא סעיף זה:
 הריני מצהיר בזאת כי, החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, לא עבדתי כלל.

○ במידה ובמשך 6 חודשים רצופים היית עצמאי, אנא מלא סעיף זה:
 הריני מצהיר בזאת כי, החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ הנני עצמאי ואין לי מעביד המשלם עבורי לתגמולים.

○ הריני מצהיר כי מלאו לי 60 שנה: ○ פרשתי מעבודתי ○ צמצמתי את עבודתי ב-50% לפחות

○ במידה ומעסיקיך הנוכחי אינו מפריש עבורך לקופת גמל ועברו 13 חודש מתאריך התחלת עבודתך אצלו ובכפוף להצהרה מתאימה (להלן) בחתימת המעסיק (סעיף 6).
 הריני מצהיר כי החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ תקופה המהווה לפחות 13 חודשים, עבדתי אצל _____ והמעסיק אינו מפריש עבורי כספים לקופת גמל או קצבה.

5. הסכמה לניכוי מס

ידוע לי שאיני זכאי לפטור ממס בגין הכספים שבקשתי לפדות מכיוון שאיני עומד בתקנות קופות הגמל. למרות זאת, אבקשכם לפדות את הכספים שהצטברו לזכותי בניכוי מס כמתחייב מתקנות מס הכנסה.

חתימת המבוטח

לתשומת ליבך! חתימתך הכרחית לצורך ביצוע הפדיון.

6. הצהרת מעסיק

החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ תקופה המהווה לפחות 13 חודשים, העובד מועסק על ידי ואיני מפריש עבורו כספים לקופת גמל או לקופה לקצבה.

<input checked="" type="checkbox"/>	.ז.ת	שם המבוטח	תאריך
חתימה וחותמת המעסיק			

7. הצהרת המבוטח

אני מצהיר בזאת כי:

- ידוע לי שביצוע הפעולה הנ"ל יגרם לביטול או להקטנת הכיסוי הביטוחי הקיים בפוליסות שעל שמי וכתוצאה מכך יפגעו זכויותי העתידיות בפוליסה.
- מבוטח בביטוח חיים - הנני מודע לכך שחידוש/הגדלה של הכיסויים הביטוחיים במוצרי ביטוח החיים הנ"ל יהיה כרוך בהכרח מצב בריאות וכתוצאה מכך תתייקר הפרמיה בהתאם לגיל ולתנאים במועד החידוש/הגדלה.
- מבוטח בקרן הפנסיה - הנני מודע לכך כי ככל שאהיה מעוניין להצטרף כמבוטח חדש לאחר משיכת הכספים מקרן הפנסיה, אדרש לעבור תהליך חיתום הכולל הצהרת בריאות, וכי מניין תקופת האכשרה והותק בקרן הפנסיה יתחיל ממועד ההפקדה הראשון לאחר משיכת הכספים, וזאת ככל שאושרה הצטרפותי המחודשת לקרן על ידי הפניקס.
- אני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא עבור אחר, כנדרש בצו איסור הלבנת הון.
- הצהרתי זו ניתנת ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" / "הפניקס פנסיה וגמל" (להלן: "הפניקס") בהתאם לפקודת מס הכנסה (כללים לאישור ניהול קופות הגמל) בתמיכה לבקשתי לשחרור כספי התגמולים.
- הנני מתחייב בזאת לשלם ל"הפניקס" כל תשלום שבוטל או הוחזר בכרטיס אשראי/ הוראת קבע לאחר מועד ביצוע הפדיון.
- זה שמי, זו חתימתי וכל האמור בהצהרה זו האמת.

<input checked="" type="checkbox"/>	.ז.ת	שם המבוטח	תאריך
חתימת המבוטח			

8. הצהרת המבוטח לפדיון מקרן הפנסיה

הריני מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן -

- ידוע לי כי הכספים שישולמו לי על ידי הפניקס פנסיה מקיפה או הפניקס פנסיה משלימה היו בהתאם לתקנון ותקנות קופות גמל וכי הסכום שאקבל יהיה שווה ליתרת הזכאות המעודכנת שעומדת לזכותי ביום ביצוע התשלום בפועל או חלק ממנה, אם הוריתי על משיכה חלקית, (להלן - סכום החזר).
- ידוע לי כי הכספים שישולמו לי על ידי "עמית" קרן הפנסיה הותיקה יהיו שווים ליתרת הצבירה בניכוי 3% מהצבירה לקרן סיכון ואם בעת המשיכה אהיה מעל גיל הפרישה הניכוי יהיה בגובה 1%. כמו כן, ידוע לי כי בהתאם להוראות התקנון שנוספו במסגרת אימוץ מתווה "כרית הבטחון" בקרן הפנסיה, ינוכו מסכום הפדיון עד 1.75% מהצבירה.
- ידוע לי כי מהסכומים המוחזרים תנוכה יתרת הלוואה ו/או החזר כספי פיצויים למעסיק עפ"י ההסדר החל.
- ידוע לי כי לאחר החזר כל הסכומים שהצטברו לזכותי בקרנות הפנסיה לא אהיה זכאי, אני והבאים מכוחי, לזכויות כלשהן מקרנות הפנסיה לרבות זכות לפנסיה נכות, שאירים או זקנה.
- אם אמשוך חלק ממרכיבי התגמולים מהפניקס פנסיה מקיפה או הפניקס פנסיה משלימה, הכיסוי הביטוחי לנכות ושארים יחושב לפי גילי בעת ההפקדה החדשה. אם אמשוך חלק מכספי "עמית יסוד", הפנסיה שאקבל תחושב בגין היתרה לפי מקדמי היוון הקבועים בתקנון.
- במקרה של פדיון בעת הסדר ריסק זמני** - ידוע לי כי החל ממועד חתימתי על בקשת משיכת הכספים, יבוטל הסדר הריסק אליו הצטרפתי אשר נועד לשמור על הכיסויים הביטוחיים בקרן הפנסיה.
- הריני מתחייב לפניכם כי החלטתי זו הינה סופית ואינה ניתנת לביטול ו/או שינוי ולא אוכל להחזיר הכספים שקבלתי, וזאת לאחר שניתנה לי ההזדמנות לבחון את המשמעויות החמורות הנובעות מהחלטתי למשוך הכספים.
- כל האמור בהצהרה זו והפרטים שמסרתי בטופס הבקשה הינם נכונים.

<input checked="" type="checkbox"/>	.ז.ת	שם המבוטח	תאריך
חתימת המבוטח			

9. פרטי הפקדה

אבקש להפקיד את הסכום ב:

שם בעל החשבון	קרבה	שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
שים לב ! חובה לצרף צילום ת.ז. (כולל ספח כתובת) וצילום המחאה לדוגמא.						
במידה ואינך בעל החשבון (צד ג') צרף צילום ת.ז. וצילום המחאה של בעל החשבון וכן ציין את הקרבה. חובה למלא טופס הצהרה שנייה עבור פוליסות הכפופות לצו איסור הלבנת הון (הטופס נמצא באתר הפניקס).						
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.						

לידיעתך!
 פדיון הכספים, עלול לגרום לחוסר מידי בכיסוי הביטוחי ולהפחתת היכולת הפיננסית העתידית הנובעת מפוליסות אלו, לכן קיימת חשיבות מרובה לשמירה על זכויותך בפוליסה!
 אם הפדיון הוא חלקי והפוליסה שולמה באופן שוטף עד למועד הבקשה יש לצרף טופס הנחיות לשניונים 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 שרות הלקוחות בטלפון *3455

חתימות

<input checked="" type="checkbox"/>	.ז.ת	שם משפחה של המבוטח	שם פרטי של המבוטח	תאריך
חתימת המבוטח				
<input checked="" type="checkbox"/>	.ז.ת	שם משפחה של בעל הפוליסה	שם פרטי של בעל הפוליסה	תאריך
חתימת בעל הפוליסה				