

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 ולהחזיר 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
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.
בקשתך למשיכת הכספים תועבר למחלקת שימור זכויות מבטחים שבחברתנו כדי להציג בפניך מגוון אפשרויות לשמירה והמשך זכויותיך.
לפרטים נוספים הנך 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
טלפון	טלפון נייד		

אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדואר האלקטרוני שלי בכתובת:
.....@..... וזאת במקום באמצעות הדואר.

ב המשך פוליסה במידה והפוליסה פעילה במועד הבקשה ובקשתך לפדיון חלקי בלבד, באפשרותך לפעול באחת הדרכים המפורטות להלן:

☐ המשך תשלום הפוליסה על ידך (פרמיה מלאה/חלקית/תשלום עבור ריסק זמני) יש לצרף טופס בקשה לשמירת הכיסוי הביטוחי ושמירת זכויות לאחר עזיבת עבודה.
☐ העברת הפוליסה למעסיק חדש יש לצרף טופס קבלת בעלות ממעסיק חדש.
☐ הקפאת הפוליסה (הפסקת תשלומי פרמיה) שים לב כי במקרה זה יבוטלו הכיסויים הביטוחיים בפוליסה.
☒ במידה והפרמיה לא תשולם, הפוליסה תסולק ועלות הכיסויים הביטוחיים עד מועד הסילוק תנוכה מהצבירה עפ"י תנאי הפוליסה.

ג בקשה למשיכת כספי הפיצויים

☐ משיכת פיצויים ממעסיק אחרון (ברירת המחדל) ☐ משיכת פיצויים ממעסיק קודם, שם המעסיק:		
במידה ולא תצוין אחת מהאפשרויות, ייפדו כספי הפיצויים בגין ההפקדות של מעסיק אחרון.		
☐ משיכה של כספים פטורים ממס בלבד. היתרה מיועדת לקצבה.	☐ משיכה מלאה של כל כספי הפיצויים.	☐ משיכה חלקית מהפוליסה בסך
שים לב! 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.		

ד בקשה למשיכת כספי התגמולים

☐ משיכה של כספים פטורים ממס בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף ה' להלן, עפ"י תקנות קופות הגמל. (יתרת הכספים החייבים במס משיכה שלא כדין יישארו בפוליסה) הצהרות בעניין כספים פטורים - ראה סעיף ה'.	☐ משיכה מלאה של כל הכספים, כולל הכספים החייבים במס כמתחייב בתקנות מס הכנסה. שים לב! כי מכספי התגמולים החייבים במס ינוכה מס משיכה שלא כדין בגובה של 35% לפחות.
--	---

ה תקנות קופות הגמל (תקנה 34 ב')

הצהרות אלו רלוונטיות לכספים שנצברו בפוליסת קיצבה עד 31.12.99, או לכספים שנצברו בפוליסה הונית עד 31.12.2004.	☐ הריני מצהיר כי החל מתאריך / / ועד תאריך / / תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, לא עבדתי כלל.
	☐ הריני מצהיר כי החל מתאריך / / הנני עצמאי במשך 6 חודשים רצופים לפחות ואין לי מעסיק המשלם עבורי למרכיב התגמולים (יש לצרף תעודת עוסק מורשה או אישור מע"מ).
הצהרות אלו רלוונטיות לכספים שנצברו בפוליסת קיצבה עד 31.12.99, או לכספים שנצברו בפוליסה הונית עד 31.12.2007.	☐ הנני בן 60 ומעלה

ו הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותי, 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 חיוג 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.

ז 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			

ח מידע למבוטח

1. שים לב, משיכה מלאה או חלקית של כספים מהפוליסה תבטל או תקטין בהתאם את הכיסויים הביטוחיים.
2. יתרת ההלוואה, באם קיימת, תקוזז מיתרת הכספים שמגיעים לך.
3. לחברה עומדת הזכות לבצע אימות טלפוני להגשת הבקשה על ידיך.

ט הצהרת המבוטח

1. אני החתום מטה, מבקש לבצע פדיון כספים מהפוליסה כאמור בבקשה זו.
2. הריני לאשר לחברה לנכות מס במקור בהתאם להוראות הדין מתוך הכספים החייבים במס אותם ביקשתי למשוך (במידה וקיימים).

.....

תאריך שם המבוטח מס' ת.ז. חתימת המבוטח

י זיהוי המבוטח כאשר סכום הפדיון המבוקש גבוה מ-500,000₪

אני מאשר בזה כי ביום הופיע בפניי

נושא ת.ז. המוכר לי אישית ☐ אשר הציג בפניי את תעודת הזהות שלו וזיהיתי אותו לצורך קבלת סכום הפדיון המבוקש. ☐

שם מבצע הזיהוי: סוכן / עו"ד / קבלת קהל (נא סמן בעיגול) חתימת מבצע הזיהוי: