

בקשה למשיכת כספי פיצויים ו/או תגמולים מפוליסת ביטוח חיים לשכירים

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
רח' אבא הלל 3, ת.ד. 10951 רמת גן 5252202 באמצעות אגף ביטוח חיים

לידיעתך!
פידיון הכספים עלול לגרום לפגיעה בכיסויים 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' תעודת זהות:

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

☐ יש לצרף את טפסי החובה הבאים: צילום תעודת זהות עדכנית (על הצילום להיות ברור וקריא, ככל שברשותך תעודת זהות ביומטרית, יש להעביר צילום של שני צדי התעודה) ☐ צילום המחאה מבוטלת לצורך ביצוע העברה בנקאית	☐ טפסי חובה לעניין משיכת פיצויים: טופס 161 או אישור פקיד שומה. יש להקפיד על מספר תיק ניכויים ☐ אסמכתא לעניין סיום יחסי עובד מעביד. ככל שסיימת את עבודתך בארבעת החודשים האחרונים, יש להמציא מכתב שחרור כספי פיצויים על ידי המעסיק
---	--

א פרטי המבוטח (יש לצרף צילום תעודת זהות ובמקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה)	
שם משפחה	שם פרטי
מס' תעודת זהות	
המידע וההודעות בקשר עם בקשת הפדיון יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.	

ב המשך פוליסה
☐ המשך תשלום הפוליסה על ירך (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 מעסיק 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 המחל) ☐ 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. ☐ משיכה מלאה של כל כספי הפיצויים. ☐ משיכה חלקית מהפוליסה.
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 הוניים פטורים ממס ☐ משיכה של כספים קצבתיים 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.



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

שליחת דבר פרסומת

א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: unsubscribe1@harel-ins.co.il; <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; במספר *2735; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.

*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

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.

4. ייתכן שיידרשו מסמכים נוספים לצורך הטיפול במשיכת הכספים.

5. תשומת ליבך, כי בהתאם לתנאי הפוליסה שברשותך, ייתכן כי יתרת החיסכון המצטבר שונה מערך הפדיון שיתקבל במשיכה/פדיון. מידע אודות ערך הפדיון ויתרת החיסכון המצטבר מוצגים בדוח התקופתי ובתנאי הפוליסה, הזמינים לצפייה באזור האישי באתר החברה. אנו ממליצים להתייעץ עם סוכן הביטוח טרם הפעולה.

6. פרטיות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

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).

3. לצורך משיכת הכספים, אני החתום מטה נותן הרשאה להראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ והחברות בשליטתה לקבל מידע מהבנק, באמצעות מס"ב כדי לאמת את הצהרתי בדבר חשבון הבנק שבבעלותי, ומוותר על הסודיות הבנקאית ועל כל טענה נגד הבנק ומורה לבנק למסור את המידע המבוקש לצורך כך.

*עד למועד הפניה למס"ב באפשרותך לחזור בך מהסכמה זו באמצעות פנייה למוקד שירות לקוחות של חברתנו בטלפון *2735.

.....

תאריך	שם המבוטח	מס' תעודת זהות	חתימת המבוטח
-------	-----------	----------------	--------------

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

אני מאשר בזה כי ביום הופיע בפניי

נושא תעודת זהות 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: