

דף מידע - תנאי משיכת כספי תגמולים של שכירים בהתאם להוראות מס הכנסה

משיכת כספי תגמולים שכירים או/ו פיצויים:

- 1 - יש למלא טופס בקשת משיכה.
- 2 - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח.
- 3 - יש לצרף צילום שיק מבוטל או אישור לניהול חשבון הכוללים שם מלא ומספר תעודת זהות לצורך ביצוע העברה בנקאית.
- 4 - יש לצרף מסמכי סיום עסקה, לרבות העברת הבעלות לעובד המופנה להכשרה חברה לביטוח בע"מ.
- 5 - בפדיון פיצויים, יש לצרף טופס 161 או אישור פקיד שומה.

כללי משיכת כספי תגמולים של שכירים כדין - כפוף להוראות מס הכנסה

| קופה קבוצתית | תקופת זמן |
|--|---|
| א. מבוטח עזב את מקום עבודתו, ולא החל לעבוד במקום עבודה אחר בתוך 6 חודשים מיום העזיבה. ב. מבוטח עזב את מקום עבודתו, והחל לעבוד כעצמאי לאחר 6 חודשים מיום העזיבה. ג. מבוטח החל לעבוד אצל מעסיק חדש שאינו משלם עבורו תגמולים 13 חודשים לכל הפחות. ד. מבוטח בן 60 ולתקופת ותק של 5 שנים לפחות מיום ההפקדה הראשונה. ה. מבוטח בן 60 ועזב את מקום עבודתו או צמצם את היקף משרתו ב - 50% לפחות. | כספי תגמולים שהופקדו לפני 31/12/1999 |
| כספי תגמולים ניתנים למשיכה כקצבה בלבד, אחרת יחוייבו בשיעור מס במקור של 35% ע"פ תקנות מס הכנסה. | כספי תגמולים שהופקדו לפני 31/12/1999 |

| קופה הונית (הפקדות משנת 2008 יחשבו כקצבה*) | תקופת זמן |
|--|--|
| א. מבוטח עזב את מקום עבודתו, ולא החל לעבוד במקום עבודה אחר בתוך 6 חודשים מיום העזיבה. ב. מבוטח עזב את מקום עבודתו, והחל לעבוד כעצמאי לאחר 6 חודשים מיום העזיבה. ג. מבוטח החל לעבוד אצל מעסיק חדש שאינו משלם עבורו תגמולים 13 חודשים לכל הפחות. ד. מבוטח בן 60 ולתקופת ותק של 5 שנים לפחות מיום ההפקדה הראשונה. ה. מבוטח בן 60 ועזב את מקום עבודתו או צמצם את היקף משרתו ב - 50% לפחות. | כספי תגמולים שהופקדו לפני 31/12/1999 |
| מבוטח בן 60 ולתקופת ותק של 5 שנים לפחות מיום ההפקדה הראשונה. | כספי תגמולים שהופקדו החל מיום 1/1/2005 ועד 31/12/2007 |
| כספי תגמולים ניתנים למשיכה כקצבה בלבד, אחרת יחוייבו בשיעור מס במקור של 35% ע"פ תקנות מס הכנסה. | כספי תגמולים החל מ - 1/1/2008 |

כספים שהופקדו החל מיום 1/1/2008 יחשבו ככספים קצבתיים ומשיכתם לפני מועד קבלת קצבה תגרור ניכוי מס בשיעור 35% ע"פ תקנות מס הכנסה

מקרים בהם **לא ינוכה מס במקור** - גם במקרה של משיכה שלא כדין:

- עמית שנקבעה לו נכות 75% ומעלה - כפוף לאישור פקיש שומה.
- עמית שההוצאות הרפואיות שהוא נדרש לשלם בשנת המס גבוהות ממחצית ההכנסה השנתית - כפוף לאישור פקיש שומה.
- עמית שאין לו ולבן/בת זוגו הכנסות העולות על סכום שכר המינימום במשק - כפוף להמצאת אסמכתאות הנדרשות.
- עמית שנפטר - יורשי העמית רשאים לפדות את הכספים בקופה והכל בהתאם להוראות הדין.

חותמת נתקבל

בקשה לפדיון מנהלים

לקוח/חה יקר/ה,
פוליסת הביטוח אשר ברשותך מביטוח לך ביטחון כלכלי ותסייע לך ולקרוביך בעת קרות מקרה הביטוח.
לפיכך, אנו ממליצים לך לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד השרות בחברה, בטלפון *3453, לקבלת הסבר בנוגע למשמעות פדיון וקבלת סיוע במציאת פתרון חלופי.

שם הסוכן:

1. פרטי המבוטח (יש להעביר צילום תעודת זהות)

| | | |
|------------|------------|---------------|
| שם מלא | מספר זהות | כתובת |
| טלפון נייד | טלפון נייד | דואר אלקטרוני |

2. סוג המשיכה - כספי תגמולים של שכירים (כספים הכפופים להוראות מס הכנסה)

☐ פדיון מלא מפוליסות מספר
☐ פדיון מלא בפוליסה מספר
☐ פדיון חלקי מפוליסות מספר
☐ פדיון חלקי בפוליסה מספר
☐ החל מתאריך _____ ועד _____ תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, לא עבדתי כלל.
☐ החל מתאריך _____ ועד _____ תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, הנני עצמאי ואין לי מעסיק המשלם עבורי תגמולים.
☐ המעסיק הנוכחי אינו משלם עבורי תגמולים החל מתאריך _____ ועד _____ תקופה המהווה 13 חודשים לכל הפחות.
☐ חתימת המעסיק: תאריך _____ חתימה וחומת המעסיק.
☐ מלאו לי 60 שנים - בחר את האפשרות המתאימה:
☐ לקופה ותק של 5 שנים לפחות ☐ פרשתי ממקום עבודתי ☐ צמצמתי את משרתי ב - 50% לפחות.

3. סוג המשיכה - כספי פיצויים (חייב במכתב שחרור מהמעסיק + טופס 161 או פקיד שומה)

☐ משיכת פיצויים ממעסיק נוכחי ☐ משיכת כספים ממעסיק קודם - שם המעסיק _____
☐ פדיון פיצויים בניכוי מס כחוק ☐ פדיון פיצויים פטורים מלא ☐ פדיון חלקי של פיצויים פטורים ע"ס _____ ש"ח ברוטו.
☐ פדיון פיצויים ברצף זכויות (יש לצרף אישור פקיד שומה) ☐ פדיון פיצויים ברצף קצבה (יש לצרף אישור פקיד שומה).

4. פרטי חשבון בנק להעברת הכספים (יש לצרף צילום שיק מבוטל או אישור לניהול חשבון)

| | | | | |
|---------------|---------|-----------|------------|------------|
| שם בעל החשבון | שם הבנק | מספר הבנק | מספר הסניף | מספר חשבון |
|---------------|---------|-----------|------------|------------|

לתשומת ליבך: במידה ולא תמלא את פרטי חשבון הבנק להפקדה, סכום הפדיון ישלח בהמחאה לכתובתך.

5. הצהרות הלקוח

א. ידוע לי כי פדיון מלא / חלקי, יגרום לביטול הכיסויים הביטוחיים או להקטנתם וכתוצאה מכך יפגעו זכויותי.
 ב. ידוע לי שחידוש הכיסויים בפוליסה יהיה כרוך בהוכחת מצב בריאותי וכפוף להסכמת הכשרה חברה לביטוח בע"מ.
 ג. ידוע לי שהפוליסה כפופה לתקנות מס הכנסה, וייתכן שינוכה מס במקור, עקב משיכה שלא כדין (ראה דף מידע).

6. חתימות

| | | | |
|-------|--------|-----------|-------|
| תאריך | שם מלא | מספר זהות | חתימה |
|-------|--------|-----------|-------|

טופס זה יש להחזיר למוקד שירות באמצעות פקס מס' 03-5167870 או באמצעות דוא"ל: hcsralifescan@hcsra.co.il