

דברי הסבר - משיכת כספים מפוליסות אישי - עצמאי

משיכת כספי תגמולי:

- יש למלא טופס בקשת משיכה.
- יש לצרם צילום תעודת זהות כולל ספח הכתובת.

פוליסת הון:

- כספי תגמולים שהופקדו עד 31.12.2005 פטורים ממס בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:
- א. קיים וותק של 15 שנות חסכום, אם ההפרשה לתגמולים לעצמאים היא מ- ינואר 1975 (לפני מועד זה, 10 שנות וותק). הוותק לכל פוליסה בנפרד.
 - ב. בגיל 60, אם חלפו 5 שנות וותק לפחות ממועד ביצוע ההפקדה הראשונה.
 - ג. עמית שוטר או עמית סוהר או משרת בקבע- 3 חודשים לאחר שפרש ובתנאי שהיה עמית לפחות 5 שנים.
- כספי תגמולים שהופקדו מ- 01.01.2006 פטורים ממס:
- בגיל 60, אם חלפו 5 שנות וותק לפחות ממועד ביצוע ההפקדה הראשונה.

פוליסת קצבה:

- פוליסה שהופקה עד 30.04.1997, כספי הצבירה פטורים עד 01.01.2000 ומידה:
- א. קיים וותק של 15 שנות חסכון.
 - ב. בגיל 60, אם חלפו 5 שנות וותק לפחות ממועד ביצוע ההפקדה הראשונה.
- פוליסה שהופקה החל מ- 01.05.1997, כספי הצבירה חייבים במס.
- קיימות אפשרויות נוספות, כמו הכנסת משפחה נמוכה, מחלת קרוב משפחה, אותן יבחן פקיד שומה ואנו נפעל לפי הנחיותיו.

בברכה,

אגף ביטוח חיים, פיננסים ובריאות

מוקד ביטוח חיים ובריאות *3453

מוקד בסט אינווסט *3494

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

משיכת כספי תגמולים הינה בכפוף לתשלום 35% מס, הגורם להפסד כספי רב!

טופס זה יש להחזיר למוקד שירות באמצעות פקס מס' 03-5167870



dt3720

קוד מסמך 3720

בקשה לפדיון/ביטול/סילוק פוליסת אישי-עצמאי

פוליסת הביטוח אשר ברשותך מבטיחה לך ביטחון כלכלי ותסייע לך ולקרוביך בעת קרות מקרה הביטוח. לפיכך, בטרם תעביר/י בקשה זו שעלולה לגרום לנזק בלתי הפיך, אנו ממליצים לך לפנות למוקד השרות בחברה, לטלפון 3453*, שיסייע לך במציאת פתרון חלופי.

אני הח"מ (בעל הפוליסה)					
שם מלא		מספר זהות		מספר פוליסה	
מקום מגורים:					
רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	יישוב	מיקוד
מספר טלפון נייד		מספר טלפון נייד		דוא"ל	

הנני בעל הפוליסה בפוליסה שבנדון, מבקש בזאת לבצע את הפעולה המסומנת כדלקמן:

☐ פדיון מלא ☐ פדיון חלקי: _____
☐ סילוק מלא ☐ סילוק חלקי: _____ ☐ ביטול (בפוליסות ללא מרכיב חסכון)

אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לך עלי ועל משפחתי:

ידוע לי שמשיכת הפדיון היום עלולה לגרום לחוסר בכיסוי הביטוחי המיידי וכן תגרום להפחתת היכולת הפנסיונית העתידית שלי הנובעת מפוליסות אלו.

- ידוע לי כי הפדיון כפוף לתנאי הפוליסה.
- מערך הפדיון יקוזז קנס "פדיון מוקדם" כמפורט בתנאים הכלליים של הפוליסה.
- ידוע לי כי בקשה זו תגרום לנזק בלתי הפיך כך שבמקרה שאבקש בעתיד חידוש הכיסויים הביטוחיים שבוטלו עקב בקשתי זו, יהיה הדבר כרוך באישור החברה ובתהליך מחודש של הוכחת מצב בריאות ובנוסף אשלם פרמיה נוספת עקב כניסתי לביטוח בגיל מבוגר יותר. כמו כן לא אוכל לחדש הפוליסה בתנאים המקוריים, שהם במרבית המקרים עדיפים על התנאים הקיימים היום.
- הנני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא בעבור אחר, כנדרש על פי צו איסור הלבנת הון ומתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.
- ידוע לי שפדיון חלקי אינו מאפשר הפקדות נוספות בפוליסה (חל רק בפוליסה מסוג הון)
- קיימות אפשרויות נוספות, כמו הכנסת משפחה נמוכה, מחלת קרוב משפחה, אותן יבחן פקיד שומה ואנו נפעל לפי הנחיותיו.

משיכת כספי תגמולים הינה בכפוף לתשלום 35% מס, הגורם להפסד כספי רב!

טופס זה יש להחזיר למוקד שירות באמצעות פקס מס' 03-5167870

חתימת המבקש: (בפוליסה פרט - החותם הינו בעל הפוליסה, בפוליסה לעצמאים - החותם הינו המבוטח):

תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימת המבוטח: X _____