

דברי הסבר - משיכת כספים מביטוח מנהלים

משיכת כספי פיצויים:

1. יש למלא בקשת משיכה.
2. יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח.
3. יש לצרף מכתב סיום עבודה.
4. יש לצרף העברת בעלות הפוליסה ממעביד לעובד.
5. יש לצרף טופס 161 אשר ימולא ע"י ו/או אישור של פקיד שומה על ניכוי מס על פיצויים.

משיכת כספי תגמולים:

1. יש למלא טופס בקשת משיכה.
2. יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח.
3. יש לצרף מכתב סיום עבודה.
4. יש לצרף העברת בעלות הפוליסה ממעביד לעובד.

פוליסת קצבה:

כספי תגמולים שהופקדו עד 31.12.1999 פטורים ממס בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:

- א. במקרה של עזיבת מקום עבודה כתוצאה מפטורין או התפטרות והעובד לא החל לעבוד במקום עבודה אחר בתוך שישה חודשים מיום פרישתו.
- ב. במקרה ועובד החל לעבוד במקום עבודה אחר שהמעביד בו אינו משלם בעבורו כספים לקופת גמל, וחלפו 13 חודשים מיום שהחל לעבוד במקום העבודה האחר. (יש להחתיים המעביד על הצהרה הקיימת בטופס המשיכה).
- ג. במקרה והעובד הפך לעצמאי וחלפו שישה חודשים לפחות מעזיבת מקום העבודה.
- ד. המבוטח הגיע לגיל 60 עם וותק של 5 שנים לפחות מתחילת הביטוח.

על פי חוק ההסדרים החל מ-01.01.2000 ואילך, כל הצבירה של כספי תגמולים, ניתנות למשיכה כקצבה בלבד אחרת יחויבו במס 35% לפחות, או עפ"י מס שולי הגבוה מביניהם.

פוליסת הון:

כספי תגמולים שהופקדו עד 31.12.2004 פטורים ממס בהתקיים אחד מהתנאים א'-ד' המוזכרים לעיל.

כספי תגמולים שהופקדו החל מיום 01.01.2005 עד 31.12.2007 ניתנים למשיכה רק החל מגיל 60.

כספי תגמולים שהופקדו לאחר 01.01.2008 ניתנים למשיכה כקצבה בלבד או כהיוון קצבה לאחר הוכחת פנסיית מינימום.

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!

**את טופס הבקשה יש להחזיר למוקד שירות באמצעות פקס מס' 03-5167870
או באמצעות כתובת המייל: moked-life@hcsra.co.il**

בקשה לפדיון פוליסת ביטוח מנהלים מספר: _____

פוליסת ביטוח המנהלים 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, שסייע לך במציאת פתרון חלופי.

פרטי המבוטח:			
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.זהות	כתובת
טלפון בבית	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	שם המעסיק
אני הח"מ מבקש בזאת לבצע פדיון מהפוליסה שבנדון כדלקמן:			
<input type="checkbox"/> פדיון מלא (תגמולים ופיצויים)	<input type="checkbox"/> תגמולים בלבד	<input type="checkbox"/> פיצויים בלבד	<input type="checkbox"/> פיצויים פטורים בלבד
<input type="checkbox"/> פדיון פיצויים וסילוק תגמולים	<input type="checkbox"/> תגמולים פטורים בלבד	<input type="checkbox"/> אחר _____	
להלן הצהרתי: אבקש לקבל את כספי התגמולים שבפוליסה בהתקיים אחד מהתנאים המפורטים להלן; ידוע לי כי חתימתי על ההצהרה מהווה תנאי לזכאותי, במידה ומתקיימת, לפטור ממס, בהיקף שנקבע בתקנות מס הכנסה, וכי הקרן תהיה רשאית לשלוח עותק מהצהרתי זו לשלטונות מס הכנסה: * משיכה כדין: • פוליסת הון: כספי תגמולים שהופקדו עד 31.12.2004 פטורים ממס בהתקיים אחד מהתנאים המפורטים להלן. • פוליסת קצבה: כספי תגמולים שהופקדו עד 31.12.1999 פטורים ממס בהתקיים אחד מהתנאים המפורטים להלן.			
<input type="checkbox"/>	הריני מצהיר/ה בזאת כי החל מתאריך _____ ובמשך שישה חודשים רצופים לאחר מכן, לא עבדתי כשכיר במקום עבודה _____ חתימת המבוטח		
<input type="checkbox"/>	אני עובד/ת/קצמאי בלבד ובמשך שישה חודשים אינני מקבלת/משכורת ממעביד כלשהו. מצורף בזה אישור עוסק מורשה על שמי המאשר כי הנני עצמאי. חתימת המבוטח		
<input type="checkbox"/>	הריני מודיע/ה בזאת כי החל מתאריך _____ אני עובד/ת ב- _____ וכי במשך יותר מ-13 חודשים רצופים לפחות המעסיק אינו משלם עבורי כספים לקופת גמל לתגמולים או קצבה לרבות קרן פנסיה או ביטוח מנהלים. חתימת המבוטח חתימה וחתימת המעסיק		
<input type="checkbox"/>	הגעתי לגיל 60 עם וותק של 5 שנים לפחות מתחילת הביטוח ולא ביצעתי משיכות קודמות מהפוליסה. חתימת המבוטח		
מאחר ואינני עומד באחד מהתנאים לעיל: <input type="checkbox"/> ידוע לי כי אחויב במס בשיעור של 35% בגין משיכה שלא כדין. <input type="checkbox"/> מצ"ב אישור פקיד השומה לגובה המס.			
<input type="checkbox"/>	פוליסות הון: כספי תגמולים שהופקדו מ-01.01.05 עד 31.12.07 פטורים ממס רק בגיל 60 של המבוטח. חתימת המבוטח		
<input type="checkbox"/>	הגעתי לגיל 60. חתימת המבוטח		
<input type="checkbox"/>	כספי תגמולים שהופקדו מ-01.01.08 (לפי אישור פקיד שומה). חתימת המבוטח		

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

1. ידוע לי כי פדיון חלקי של תגמולים הוניים אינו מאפשר המשך הפקדות נוספות לפוליסה.
2. ידוע לי כי הפדיון כפוף לתנאי הפוליסה:
 - א. במקרה שתאריך הפסקת תשלומי הפרמיות אינו זהה לתאריך עזיבת העבודה, כמצוין בטופס 161 ו/או במכתב שחרור הפוליסה מהמעסיק לטובתי, גובה ערך הפדיון יהיה שווה ל"ערך פדיון רגיל" ולא "ערך פדיון מיוחד".
 - ב. מערך הפדיון יקוזז קנס "פדיון מוקדם" כמפורט בתנאים הכלליים של הפוליסה.

חתימת המבקש:		
תאריך	שם המבוטח	חתימת המבוטח

טופס זה יש להחזיר למוקד שירות באמצעות פקס מס' 03-5167870 או באמצעות כתובת המייל: moked-life@hcsra.co.il