

הנחיות למשיכת תשלום עיתי חודשי - טופס ללקוח

לקוח/ה יקר/ה,

בהמשך לבקשתך למשיכת תשלום עיתי חודשי מהכספים שנצברו לזכותך, להלן טופס הבקשה ומספר דגשים חשובים שיסיעו לך בהגשת הבקשה.

מסמכים נדרשים:

<ul style="list-style-type: none"> • טופס בקשה למשיכת כספים מפוליסת פרט - יש לסמן V בטופס במקומות המתאימים לבקשתך. • צילום תעודת זהות (או צילום דרכון ורשיון נהיגה - לתושב חוץ) • צילום צ'ק או אישור ניהול חשבון בנק <p>את הבקשה למשיכת הכספים ואת המסמכים הנדרשים אנא החזרי/י אלינו בדוא"ל: claldocs@clal-ins.co.il או לפקס: 077-6383040</p>

מספר נושאים שעליך לשקול בתהליך משיכת הכספים:

1.	מס על הכנסה מריבית	בעת המשיכה אנו ננכה מהרווחים שנצברו על כספי החסכון "מס על הכנסה מריבית" כמתחייב בחוק. מס זה חל בפוליסות פרט בלבד.
2.	"משיכה כדין" "משיכה שלא כדין"	ההסדר התחיקתי, תקנות קופות גמל ופקודת מס הכנסה קובעים אילו מכספי הפוליסה פטורים ממס בעת משיכתם ("משיכה כדין"). בקשה למשיכה של כסף שאינו פטור ממס היא "משיכה שלא כדין", והיא מחייבת אותנו לנכות במקור מס מן הסכום הנפדה, בהתאם להגדרות ההסדר התחיקתי. התקנות שונו במהלך השנים, והן מבדילות בין תקופות צבירה שונות, ובין תכנית הונית לבין תכנית קצבה.
3.	שינוי בהיקף זכויותיך בפוליסה עקב הפדיון	משיכת מלוא הצבירה מבטלת למעשה את הפוליסה. משיכה חלקית של כסף מפוליסה עלולה להקטין או לבטל את היקף הכסוי הביטוחי ואת זכויותיך העתידיות בה. ככל שמדובר במשיכה חלקית מהפוליסה, יתרת החיסכון המצטבר שתיוותר בפוליסה לאחר המשיכה החלקית תמשיך להתנהל באותו מסלול השקעה כפי שהיתה ערב המשיכה החלקית אלא אם כן תורה לנו אחרת. חשוב להיוועץ בסוכן או יועץ מורשה.
4.	הצהרה לפי צו איסור הלבנת הון	בהתאם לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000 והצווים שהוצאו מכוחו, יש למסור את כל הפרטים הנדרשים, ולחתום בסעיף המתאים בטופס הפדיון.

משיכת הכספים היא מהלך בעל משמעויות רבות, וכדאי לבצעו רק לאחר שלקחת בחשבון את כל השלכותיו.

בקשה למשיכת תשלום עיתי חודשי - טופס ללקוח

בפוליסות פרט מסוג

חסכון בטוחה איתן עוגן אופק עוז חסכון פיננסי חיסכון פיננסי לעתיד

א. פרטי בעל הפוליסה

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	מספר פוליסה
<p>עדכונים בנושא משיכת הכספים יישלחו לפרטי הקשר המצויים במערכות החברה. אם ברצונך לוודא שפרטי הקשר מעודכנים או לעדכן אותם, באפשרותך לבצע זאת באזור האישי שלך באתר האינטרנט של כלל חברה לביטוח בע"מ בכתובת www.clalbit.co.il או באמצעות פנייה למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454</p>			
<p>אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:</p> <p><input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל</p> <p>לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.</p> <p>ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרת לי (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.</p> <p>ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454.</p>			

אני מוסרת לכלל חברה לביטוח בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לקבל את השירות לגביו לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שיגיע אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולשימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרות השימוש, למי ימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

FATCA - נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בארצות הברית - הצהרה עצמית

האם הנך אזרח ארה"ב?	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס?
לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
האם הנך יליד ארה"ב?	במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית
לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	

CRS - נתונים לצורך דיווח לרשויות המס, יישום תקן אחד - הצהרה עצמית

עבור פוליסות פרט בבעלות תאגיד יש למלא גם טופס תאגידים CRS	
האם יש לך תושבות לצורכי מס במדינה זרה פרט לארה"ב?	<ul style="list-style-type: none"> במידה וענית בחיוב יש לענות על השאלות הבאות. ככל וישנן מספר מדינות תושבות יש לענות על השאלות עבור כל אחת מהמדינות
שם מלא באנגלית:	כתובת מלאה באנגלית:
_____	_____
המדינות הזרות בהן יש לך תושבות לצורכי מס	מספר מזהה לצרכי מס (*TIN בכל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס)
1 _____	1 _____
2 _____	2 _____
3 _____	3 _____
* ככל ולא קיים מספר TIN נא פרט מדוע:	

ככל ובעתיד יחול שינוי בנוגע לתושבות לצרכי מס במדינה זרה ו/או בנוגע לאזרחותך עליך לעדכן אותנו תוך 30 יום

שם _____ תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה <input checked="" type="checkbox"/>	אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרת בסעיף זה, מלא ומהימן
--	--

ב. פרטים על משיכת התשלום החודשי העיתי (מינימום יתרת החיסכון המצטבר בפוליסה בגובה 100,000 ש"ח)

אבקש לממש תשלום פדיון חלקי לשיעורין מידי חודש, החל מהחודש העוקב למועד הבקשה*, בסך _____ (מינימום 500 ש"ח) ("התשלום החודשי")**

התשלום החודשי ימשך באופן יחסי מכל רכיבי יתרת החיסכון המצטבר לפרט הנובעים מהפקדות לאחר 2012

תשלום חודשי צמוד למדד***

תשלום חודשי לא צמוד למדד

מועד התשלום החודשי 7 10 15 20 לחודש

* לתשומת לבך, טפסים שיתקבלו בחברה עד ל-25 לחודש, התשלום החודשי הראשון יבוצע בחודש העוקב. טפסים שיתקבלו לאחר ה-25 לחודש, התשלום החודשי הראשון יבוצע בחודש הבא לאחר החודש העוקב.

** מובהר, כי מכל תשלום חודשי (בין אם צמוד למדד ובין אם אינו צמוד למדד) ינוכה מס כדון, והכל בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה. ככל שיתרת החיסכון המצטבר תהיה נמוכה מסכום התשלום החודשי, תשלום מלוא יתרת החיסכון המצטבר והפוליסה תתבטל.

מובהר, כי יתרת ההפקדה החד פעמית תמשיך להתנהל בהתאם לקבוע בתנאי הפוליסה.

*** אם לא נבחר יהיה התשלום החודשי לא צמוד למדד.

מסמכים נדרשים (חובה לצרף מסמכים אלו):

- צילום תעודת זהות שלי (או צילום דרכון ורשיון נהיגה - לתושב חוץ).
 - צילום צ'ק מחשבוני, או אישור הבנק על ניהול חשבון הכולל: שם מלא, מספר תעודת זהות, מספר חשבון ותאריך פתיחת החשבון.
 - בהתאם לצו איסור הלבנת הון, בעת ביצוע פדיון חלקי בפוליסה שהחלה מ 3/2013, ובאחת השנים סכום ההפקדה השנתי עלה על 150,000 ש"ח או צבירת הכספים כעת הינה 1 מיליון ש"ח לפחות, נדרש למלא, בנוסף לטופס זה, גם שאלון הכר את הלקוח והצהרת בעל פוליסה/מבוטח. אם מילאת בעבר שאלון הכר את הלקוח, יש לסמן .
- את הבקשה למשיכת כספים והצרפות יש להעביר לפקס מספר: 077-6383040 או למייל: claldocs@clal-ins.co.il

ג. אופן העברת הכספים

אבקשכם להעביר את התשלום החודשי לחשבון הבנק שלי:

חשבון מספר	שם הבנק	בנק מספר	סניף מספר	שם הסניף

ד. הצהרת מוטב לפי תוספת שלישית לצו איסור הלבנת הון: חובה למלא בעת משיכת פוליסת פרט

אני _____ (שם המוטב) בעל מספר זהות _____ מצהיר בזה כי _____ (יש לבחור באחת מהאפשרויות הבאות):

- אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח.
- הנהנים (שאינם מוטבים) מקבלת תגמולי הביטוח הם: _____

שם	מספר תעודת זהות*	תאריך לידה/התאגדות**	מען**

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית

תאריך: _____ חתימה X _____

* לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזהויה
** ימולא אם חסר שם או מספר זהות

ה. ידוע לי והסכמתי ניתנת בזה כי:

- בגין הכספים ינוכה מס כדון בגין הכנסות מריבית.
- משיכת כספים מלאה או הפסקת תשלום הפרמיה גורמת לביטול כל הכסויים הביטוחיים שבפוליסה.
- משיכת כספים חלקית מפוליסה עלולה להקטין או לבטל את היקף הכיסוי הביטוחי ואת זכויותי העתידיות בה.
- חידוש פוליסה לאחר הקפאתה תלוי בהסכמתכם ובהסדר התחיקתי.
- תוכלו לפנות אליי ולפרט בפני את השלכות משיכת הכספים.
- מומלץ להיוועץ בסוכן הביטוח שלי או ביועץ מורשה.
- אני מאשר לכלל ביטוח ופיננסים לפנות לבנק בו מתנהל חשבוני לצורך אימות פרטי החשבון בטרם ביצוע התשלום. האימות יבוצע באמצעות השוואת הפרטים שמסרתי בבקשת המשיכה עם הפרטים המצויים בידי הבנק. כלל תשמוך תיעוד של האימות במאגר המידע שלה. אני מוותר על כל טענה בדבר הפרת חובת הסודיות המוטלת על הבנק בגין האימות, והנני מורה בזאת לבנק להשיב לבקשת האימות שהתקבלה לאחר שהבנתי את משמעות האמור. ידוע לי כי באפשרותי לחזור מהסכמתי זו ע"י פניה למוקד השירות וזאת כל עוד לא נשלחה בקשת האימות. ידוע לי כי לבנק לא תהיה כל אחריות מכל מין וסוג שהוא על המידע שהועבר לכלל ושנשמר בידי כלל ולאבטחת המידע בידי כלל.

ו. חתימת המבוטח ו/או בעל הפוליסה

תאריך _____ תעודת זהות מס' _____ שם המבוטח/ בעל הפוליסה _____ חתימת המבוטח/ בעל הפוליסה X _____