

הנחיות למשיכת כספים – טופס ללקוח

לקוח/ה יקר/ה,

בהמשך לבקשתך למשיכת הכספים שנצברו לזכותך, להלן טופס הבקשה ומספר דגשים חשובים שיסיעו לך בהגשת הבקשה.

מסמכים נדרשים:

- טופס בקשה למשיכת כספים מפוליסת מנהלים/עצמאים – 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.
 - ככל שהמשיכה עקב עזיבת עבודה: מכתב שחרור ו/או אסמכתא על סיום יחסי עובד מעסיק.
 - למשיכת כספי פיצויים: טופס 161/אישור פקיד שומה/טופס הצהרה מתוקף הוראות למתן פטור מניכוי מס במקור – במשיכות לבעלי הכנסות נמוכות.
- את הבקשה למשיכת הכספים ואת המסמכים הנדרשים אנא החזרי/י אלינו בדוא"ל: claldocs@clal-ins.co.il או לפקס: 077-6383040

מספר נושאים שעליך לשקול בתהליך משיכת הכספים:

1.	מס על הכנסה מריבית	בעת המשיכה אנו ננכה מהרווחים שנצברו על כספי החסכון ששינו את מעמדם לכספי פרט או חשבון חדש, "מס על הכנסה מריבית" כמתחייב בחוק.
2.	"תכנית הון"	החלק בפוליסה המאפשר משיכת הצבירה בו כסכום חד פעמי.
3.	"תכנית קצבה"	החלק בפוליסה המאפשר את משיכת הצבירה כקצבה חודשית.
4.	"משיכה כדין"	ההסדר התחיקתי, תקנות קופות גמל ופקודת מס הכנסה קובעים אילו מכספי הפוליסה פטורים ממס בעת משיכתם ("משיכה כדין").
	"משיכה שלא כדין"	בקשה למשיכה של כסף שאינו פטור ממס היא "משיכה שלא כדין", וככלל היא מחייבת אותנו לנכות במקור מס מן הסכום הנפדה, בהתאם להגדרות ההסדר התחיקתי למעט במקרים שהוגדרו בהוראות רשות המיסים. נציין כי הוראות הרגולציה בקופות גמל שונו במהלך השנים, והן מבדילות בין תקופות צבירה שונות, ובין תכנית הונית לבין תכנית קצבה.
5.	שינוי בהיקף זכויותיך בפוליסה עקב המשיכה	משיכת מלוא הצבירה מבטלת למעשה את הפוליסה. משיכה חלקית של כסף מפוליסה עלולה להקטין או לבטל את היקף הכסוי הביטוחי ואת זכויותיך העתידיות בה. עליך לתת הוראות לעניין יתרת הכספים בפוליסה.

באילו מקרים אפשרית משיכה כדין בפוליסה למנהלים:

מטרת ההפקדה	"הון"	"קצבה"
מתי הופקדו התגמולים	עד 31.12.2004	עד 31.12.1999
תכנית "תגמולים לשכירים"	1. חלפו 6 חדשים מעזיבת העבודה, לא התחלת לעבוד אצל מעסיק אחר, או שהינך עצמאי. 2. מעסיקך לא הפקיד עבורך תגמולים במשך 13 חדשים רצופים לפחות. 3. גילך 60 ומשרתך צומצמה ב-50% לפחות. 4. גילך 60 ולפוליסה ותק של 5 שנים לפחות.	1. חלפו 6 חדשים מעזיבת העבודה, לא התחלת לעבוד אצל מעסיק אחר, או שהינך עצמאי. 2. מעסיקך לא הפקיד עבורך תגמולים במשך 13 חדשים רצופים לפחות. 3. גילך 60 ומשרתך צומצמה ב-50% לפחות. 4. גילך 60 ולפוליסה ותק של 5 שנים לפחות.

באילו מקרים אפשרית "משיכה כדין" בפוליסה לעצמאים:

מטרת ההפקדה	"הון" (פוליסה)	"קצבה" (פוליסה)
מתי הופקדו התגמולים	עד 31.12.2005	עד 31.12.1999 והפוליסה החלה לפני 30.4.1997
תכנית "תגמולים לעצמאיים"	1. חלפו 15 שנה מן ההפקדה הראשונה. 2. גילך 60, חלפו 5 שנים מן ההפקדה הראשונה, וטרם בוצעה משיכה.	1. חלפו 15 שנה מן ההפקדה הראשונה. 2. גילך 60, חלפו 5 שנים מן ההפקדה הראשונה, וטרם בוצעה משיכה.
תכנית "תגמולים לעצמאיים" לעמית משרת בצבא הקבע, לעמית שוטר ולעמית סוהר	חלפו 3 חודשים מיום הפרישה, וגם חלפו 5 שנים מן ההפקדה הראשונה	
תכנית "תגמולים לעצמאיים" לעמית אשר שרת בצבא עד 31.12.2002	חלפו 3 חודשים מיום הפרישה	

כפי שנוכחת, למשיכת כספים מקופת גמל/קופת ביטוח משמעויות רבות, מומלץ לבצעה רק לאחר היוועצות בסוכן ביטוח פנסיוני או יועץ פנסיוני או לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454

בקשה למשיכת כספים מפוליסה לעצמאי, מפוליסה למנהלים – טופס ללקוח

א. פרטי בעל הפוליסה			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מספר פוליסה
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 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: ☐ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון טלפון נייד) ☐ דואר רגיל לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון טלפון נייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (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. 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.			

ב. פרטים על המשיכה			
על מנת שבקשתך תענה בהקדם האפשרי נודה לך על סימון v במקומות המתאימים לבקשתך:			
סוג הפוליסה	מספר הפוליסה	סוג הכספים למשיכה	הפסקת תשלום הפרמיה
☐ תגמולים לעצמאים	פוליסה מספר:	כספי תגמולים לעצמאים ☐ מלוא הצבירה ☐ משיכה חלקית בסך _____ ש"ח ☐ תגמולים פטורים ממס	☐
☐ ביטוח מנהלים	פוליסה מספר:	כספי תגמולים למנהלים ☐ מלוא הצבירה ☐ משיכה חלקית בסך _____ ש"ח ☐ תגמולים פטורים ממס	☐
☐ ביטוח מנהלים	פוליסה מספר:	כספי פיצויים ☐ מלוא הצבירה ☐ משיכה חלקית בסך _____ ש"ח ☐ פיצויים פטורים ממס ☐ פיצויים ברצף זכויות ☐ פיצויים ברצף קצבה	☐
☐ ביטוח מנהלים	פוליסה מספר:	כספי פיצויים ☐ מלוא הצבירה ☐ משיכה חלקית בסך _____ ש"ח ☐ פיצויים פטורים ממס ☐ פיצויים ברצף זכויות ☐ פיצויים ברצף קצבה	☐

- ידוע לי כי:
- בעת משיכה חלקית, ככל שלא תתקבל בקשה אחרת, יפדו תחילה כספים הנונים ולאחר מכן כספים קצבתיים והכל בכפוף לניכוי מס במקור ככל שנדרש, בהתאם להסדר התחיקתי.
 - מכספי התגמולים לעצמאים ו/או מנהלים החייבים במס, ינוכה שיעור מס במקור בהתאם ובכפוף להסדר התחיקתי. בהיעדר הנחיות פקיד שומה במקרים הרלוונטיים ינוכה שיעור מס מירבי בהתאם ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.
 - מכספי הפיצויים החייבים במס, מעבר לסכום הפטור ינוכה שיעור מס במקור בהתאם ובכפוף להסדר התחיקתי בכפוף לטופס 161 או הנחיות פקיד שומה בהיעדר הנחיות פקיד שומה במקרים הרלוונטיים ינוכה שיעור מס מירבי והכל בהתאם ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.

חתימת המבוטח X _____



ג. תגמולים לשכירים

אבקש לפטור אותי מניכוי מס במקור מהסיבה: (סמן ב-V וחתום)

☐	לא עבדתי מתאריך _____ עד תאריך _____
☐	אני עצמאי החל מתאריך _____ עד תאריך _____ ואין מעסיק המפקיד בעבורי לקופת גמל
☐	פקיד השומה נתן אישור לכך (מצורף)
☐	המעסיק אצלו עבדתי 13 חדשים לפחות, לא הפקיד עבורי לתגמולים. התחלת עבודה _____ סיום עבודה _____ חתימת וחותמת המעסיק: X _____
☐	אני עומד בהוראות למתן פטור מניכוי מס במקור למשיכות לבעלי הכנסות נמוכות ☐ מצ"ב הצהרת עמית/מבקש - משיכת כספי תגמולים לקצבה בלבד נספח ב. ☐ מצ"ב הצהרת עמית/מבקש - משיכת כספי פיצויים וכספי תגמולים לקצבה נספח ג.
☐	מיעוט הכנסות (מצ"ב טופס 159 א')

ד. מצורפים המסמכים הבאים (ללא המסמכים המסומנים ב-V לא נוכל לטפל בבקשתך)

☒	צילום תעודת זהות שלי (או צילום דרכון ורשיון נהיגה - לתושב חוץ).
☐	אם המשיכה עקב עזיבת עבודה: יש לצרף אסמכתא המעידה על סיום עבודה, כגון: הודעה על סיום עבודה, מכתב פיטורין, אישור ביטוח לאומי לקבלת דמי אבטלה לתקופה הרלוונטית וכיו"ב. וכן למלא את ההצהרה הבאה: אני מצהיר בזאת כי סיימתי את עבודתי אצל המעסיק _____ מועד סיום העבודה היה _____.
☒	צילום צ'ק מחשבוני, או אישור הבנק על ניהול חשבון הכולל: שם מלא, מספר ת.ז. ותאריך פתיחת החשבון.
☐	למשיכת כספי פיצויים: ☐ טופס 161 ☐ אישור פקיד שומה ☐ טופס הצהרה מתוקף הוראות למתן פטור מניכוי מס למשיכות לבעלי הכנסות נמוכות ☐ הצהרת עמית/מבקש - משיכת כספי פיצויים בלבד נספח א ☐ טופס הצהרת עמית/מבקש - משיכת כספי פיצויים וכספי תגמולים לקצבה נספח ג
הערות: _____	
את הבקשה למשיכת כספים והצרפות יש להעביר לפקס מס': 077-6383040 או למייל: claldocs@clal-ins.co.il	

ה. אופן העברת הכספים

☐ אבקשכם להעביר את הכספים שהצטברו לזכותי לחשבון הבנק שפרטיו:				
חשבון מס'	שם הבנק	בנק מס'	סניף מס'	שם הסניף
במשיכה מעל 200,000 ₪ יש לבצע זיהוי בקבלת קהל שירות לקוחות				
☐ יש להעביר את הכספים שהצטברו לזכותי לפוליסה אשר בבעלותי מספר _____ (חובה לצרף טופס הצעה)				



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

אני _____ (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד) בעל מספר זהות/ח.פ. _____ 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 ת.ז.*	תאריך לידה/התאגדות**	מען**

☐ בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מספר ת.ז.*	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 הזהוי
** ימולא אם חסר שם או מספר זהות

ז. ידוע לי והסכמתי ניתנת בזה כי:

תוכלו לפנות ולהציג לי אפשרויות לטיפול בהשלכות משיכת הכספים. מומלץ להיוועץ בסוכן הביטוח שלי או ביועץ פנסיוני מורשה. אני מאשר לכלל ביטוח ופיננסים לפנות לבנק בו מתנהל חשבוני לצורך אימות פרטי החשבון בטרם ביצעו התשלום. האימות יבוצע באמצעות השוואת הפרטים שמסרתי בבקשת המשיכה עם הפרטים המצויים בידי הבנק. כלל תשומת 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"פ 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 ולא בטחת המידע בידי כלל.

- קראתי את מכתב ההסבר לטופס בקשה למשיכת כספים בפוליסת מנהלים, עצמאים.
- יתכן שאחויב במס על הכנסה מריבית כחוק.
- משיכת כספים מלאה או הפסקת תשלום הפרמיה גורמת לביטול כל הכסויים הביטוחיים שבפוליסה.
- משיכת כספים חלקית מפוליסה עלולה לפגוע בהיקף זכויותי בפוליסה ובהיקף הכיסויים הביטוחיים בפוליסה.
- חידוש פוליסה לאחר הפסקת תשלום הפרמיה תלוי בהסכמת כלל חברה לביטוח בע"מ ובהסדר התחיקתי.
- המשכה של פוליסה לאחר משיכת כספים חלקית יהיה בהתאם למסמך (נספח לפוליסה) שתשלחו אלי בעקבות בקשתי למשיכה.
- אם הלוואה שלקחתי מכך לא שולמה כסידרה, תוכלו לקזז את יתרתה מסכום המשיכה.

ח. חתימת המבוטח ו/או בעל הפוליסה

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

