חיסכון ארוך טווח

מרכז קשרי לקוחות fnx4u וקבלת קהל: 3455* / 03-7332222 | רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | פקס: 03-7336948 | פקס פנסיה: 03-7329021
www.fnx.co.il | f1@fnx.co.il

הפניקס

בקשה לתשלום פדיון לשיעורין

קוד מסמך 1530

לכבוד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן:"החברה")

א. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.

כתובת	טלפון	טלפון נייד	דואר אלקטרוני

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

FATCA ו-CRS

שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית	
		האם אתה אזרח ארה"ב? ○ כן ○ לא האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? ○ כן ○ לא ארץ לידה: _____

*במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.

האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל? ○ כן ○ לא

במידה וענית 'כן' אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:

מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדין בכל אחת ממדינות התושבות שציינתי וכי חתמתי על הצעה זו ולרבות ההצהרות שבה נעשתה בישראל.
בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותיי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

תאריך חתימה		חתימת בעל הפוליסה
		✗

שירותי עדכון באמצעות מסרון (SMS) למועמד לביטוח ולסוכן הביטוח

הנני מעוניין כי תשלחו אלי עדכונים בעת ביצוע פעולות תפעוליות בפוליסה זו (היינו, הפקת פוליסה, שינוי מסלול השקעה, חוסרים בתהליך הפדיון וביצוע הפדיון), באמצעות מסרון SMS למספר הטלפון הנייד המצוין מטה או לכל מספר טלפון נייד אחר שאמסור לכם בעתיד.

אישור המועמד לביטוח לקבלת מסרון

שם	שם משפחה	מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד נוסף	חתימת המועמד לביטוח

אישור סוכן הביטוח לקבלת מסרון

שם	שם משפחה	מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד נוסף	חתימת סוכן הביטוח

ב. בקשת המבוטח

אבקש לשלם לי פדיון לשיעורין מפוליסת הביטוח אשר על שמי, ממלוא סכום הצבירה הפטור למשיכה* ובהתאם לפרטים שלהלן
*על מנת לבדוק את כללי הפטור פנה לסעיף ג - "תנאי משיכה".

מס' פוליסה	קביעת המועד הראשון לתשלום החודשי	המועד הקבוע לתשלום החודשי	אופן הצמדת התשלום החודשי
	מועד התחלת ביצוע הפידיון _____	○ 10 לחודש ○ 20 לחודש ○ 28 לחודש	○ צמוד למדד ○ צמוד לדולר ○ ללא הצמדה

סך התשלום החודשי המבוקש _____ ש"ח

מובהר כי במידה ותחול הקטנה בתשואות תקטן התקופה בה יבוצעו התשלומים החודשיים.
במידה ויחול גידול בתשואות, הוא יזקף לחשבון היתרות בפוליסה.

אם בחרת לפדות רק חלק מסכום הצבירה הפטור למשיכה, בחר את אופן חישוב התשלום החודשי (אחד מהשניים)

○ מספר התשלומים המבוקש _____ חודשים
○ סכום הצבירה ממנה ישולמו התשלומים החודשיים _____ ש"ח

לתשומת לבך, פדיון לשיעורין ניתן לביצוע בפוליסות שהופקו החל מ 1.2004 ואילך. כספים שנצברו בפוליסות שהופקו לפני 1.2004 ניתנים למשיכה כפדיון לשיעורין באופן הבא: סכום הפדיון יופקד בפוליסה עדכנית בהתאם לתנאי ההשקעה הנוכחיים על פי מסלול "ברירת מחדל - מודל תלוי גיל" והסכומים יפדו בהתאם לבקשתך.

חיסכון ארוך טווח

מרכז קשרי לקוחות fnx4u **וקבלת קהל**: **3455*** / 03-7332222 | רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | פקס: 03-7336948 | פקס פנסיה: 03-7329021
www.fnx.co.il | f1@fnx.co.il

ג. תנאי משיכה (פדיון) לתגמולים כפופים לתקנות קופות גמל

מס"ד	סוג הקופה	סוג הכספים	תנאים למשיכה	הצהרת המבוטח
1	הון	תגמולי שכירים/קופת גמל שכירים	כספים שהופרשו עד 01.01.2005	○ מלאו לי 60 שנה ○ הנני עומד בהוראות תקנה 34 (ב)6 בתקנות קופות הגמל נדרש למלא סעיף ד'
			כספים שהופרשו אחרי 01.01.2005	○ מלאו לי 60 שנה
2		תגמולי עצמאים/קופ"ג לעצמאים	כספים שהופרשו עד 01.01.2006	○ קיים ותק של 15 שנה לפוליסה ○ מלאו לי 60 שנה
			כספים שהופרשו אחרי 01.01.2006	○ מלאו לי 60 שנה
3	קצבה	תגמולי שכירים/קרן פנסיה שכירים	כספי קיצבה שהופרשו עד 01.01.2000	○ הנני עומד בהוראות תקנה 34 (ב)6 בתקנות קופות הגמל נדרש למלא סעיף ד' ○ מלאו לי 60 שנה
4		תגמולי עצמאים/קרן פנסיה לעצמאים	ביטוח: תחילת ביטוח לפני 01.05.1997 כספים שנצברו עד 01.01.2000	ניתנים למשיכה ללא ניכוי מס
			פנסיה: תחילת ביטוח לפני 01.05.1997 כספים שנצברו עד 01.05.1997	

ד. תקנות קופות הגמל 34(ב)6

○ במידה ובמשך 6 חודשים רצופים היית מובטל אנא מלא סעיף זה:

הריני מצהיר בזאת כי, החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ תקופה המהווה 6 חודשים רצופים לפחות, לא עבדתי כלל.

○ במידה ובמשך 6 חודשים רצופים היית עצמאי, אנא מלא סעיף זה:

הריני מצהיר בזאת כי, החל מתאריך _____ ועד תאריך _____ הנני עצמאי ואין לי מעביד המשלם עבורי לתגמולים.

○ הריני מצהיר כי מלאו לי 60 שנה: ○ פרשתי מעבודתי ○ צמצמתי את עבודתי ב-50% לפחות

ו. הצהרת המבוטח / ויתור סודיות ל – FATCA ו-CRS

אני מצהיר בזאת כי:

1. ידוע לי שביצוע הפעולה הנ"ל יגרום לביטול או להקטנת הכיסוי הביטוחי הקיים בפוליסות שעל שמי וכתוצאה מכך יפגעו זכויותיי העתידיות בפוליסה.
2. הנני מודע לכך שחידוש/הגדלה של הכיסויים הביטוחיים במוצרי ביטוח החיים הנ"ל יהיה כרוך בהוכחת מצב בריאות וכתוצאה מכך תתייקר הפרמיה בהתאם לגיל ולתנאים במועד החידוש/ ההגדלה.
3. ידוע לי כי בקשתי לפדיון הפוליסה תבוצע לאחר פרעון יתרת חוב ההלוואה.
4. אני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא עבור אחר, כנדרש בצו איסור הלבנת הון.

הצהרתי זו ניתנת ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" בהתאם לפקודת מס הכנסה (כלליים לאישור ניהול קופות הגמל) בתמיכה לבקשתי לשחרור כספי תגמולים.

5. הנני מתחייב בזאת לשלם ל"הפניקס" במקרה של ביטול תשלומים או החזר תשלום אחרון שבוצע בכרטיס אשראי/הוראת קבע לאחר ביצוע הפדיון.
6. אני הח"מ, בעל הפוליסה/המבוטח בפוליסה, מסכים כי במקרה שבו אצהיר שאני אזרח או תושב מדינה זרה או במקרה שבו הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה לכך שיתכן ואני אזרח או תושב מדינה זרה וסירבתי לבקשת החברה למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה בתוך פרק הזמן שהועמד לרשותי, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA ו-CRS.
7. זה שמי, זו חתימתי וכל האמור בהצהרה זו הם האמת.

ז.פרטי הפקדה

אבקש להפקיד את הסכום ב:

שם בעל החשבון	קירבה	שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון

שים לב ! חובה לצרף צילום ת.ז (כולל ספח כתובת) וצילום המחאה לדוגמא.

במידה ואינך בעל החשבון (צד ג') צרף צילום ת.ז וצילום המחאה של בעל החשבון וכן ציין את הקרבה. חובה למלא טופס הצהרת בעל פוליסה/מבוטח (תוספת שנייה) עבור פוליסות הכפופות לצו איסור הלבנת הון (הטופס נמצא באתר הפניקס).

הריני לאשר כי פרטי חשבון הבנק שמסרתי הינם נכונים ומלאים, ולא תהיה לי ו/או למי מטעמי כל טענה ו/או תביעה בקשר להפקדה לחשבון זה.

ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים ולטובתי, תפנה החברה לבנק הרלבנטי (להלן: "הבנק") באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב) לאימות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מס' זיהוי ומס' חשבון, וזאת לצורך בדיקת תקינות פרטי חשבון הבנק שלי ועל מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני. הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה בנוגע להליך האימות כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל.

לידיעתך!
פדיון הכספים, עלול לגרום לחוסר מיידי בכיסוי הביטוחי ולהפחתת היכולת הפיננסית העתידית הנובעת מפוליסות אלו, לכן קיימת חשיבות מרובה לשמירה על זכויותיך בפוליסה!
אם הפדיון הוא חלקי והפוליסה שולמה באופן שוטף עד למועד הבקשה יש לצרף טופס הנחיות לשינויים בפוליסה.
באפשרותך להמשיך את תשלום הפוליסה באופן מלא או חלקי בהתאם לתנאיה, ואף להתאים אותה לצרכיך.
לפרטים נוספים הינך מוזמן לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד שרות הלקוחות בטלפון 3455*

חיסכון ארוך טווח

מרכז קשרי לקוחות fnx4u וקבלת קהל: 3455* / 03-7332222 | רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | פקס: 03-7336948 | פקס פנסיה: 03-7329021
www.fnx.co.il | f1@fnx.co.il

ח. חתימות

תאריך	שם פרטי של המבוטח	שם משפחה של המבוטח	ת.ז.	חתימת המבוטח
				✗

תאריך	שם פרטי של בעל הפוליסה	שם משפחה של בעל הפוליסה	ת.ז.	חתימת בעל הפוליסה
				✗

סוכן יקר, אם המסמכים לא נמסרו על ידך למשרדי החברה באותו יום בו התקבלו אצלך, הרי שעליך למלא טופס "הודעה על מועד קבלת מסמכי המבוטח", המצוי בפורטל הסוכנים, ולהעבירו יחד עם בקשת המבוטח לחברתנו. יובהר כי ככל שלא יתקבל טופס כאמור, תראה החברה את מועד קבלת המסמכים בחברה, כמועד בו נתקבלו אצל הסוכן.