



(יש לצרף לבקשה זו: צילום ת.ז. עדכני וצילום שיק / אישור על ניהול חשבון לאימות פרטי העו"ש)

פרטי הבעל הפוליסה / המבוטח					
שם פרטי	שם משפחה		מס' ת.ז.	תאריך לידה	
כתובת מגורים	עיר	רחוב	בית	דירה	סיקוד
דוא"ל	טלפון נייד		מאשר קבלת ההודעות ב-SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

**אבקש לפדות פוליסות מספר**

--	--

**תנאים מזכים לפטור מס**

משיכת כספי התגמולים כפופה לתקנות קופות גמל.  
להלן אפשרויות המשיכה ובהתאם ייקבע פטור מס או ניכוי המס.

- משיכה פטורה מס בפוליסות תגמולים לעצמאיים**
  - 1.1 בפוליסות בתכנית הון בגין הפקדות עד 31.12.2005 - פטור לאחר 15 שנות וותק או בגיל 60 בוותק של 5 שנים בפוליסה.
  - 1.2 בפוליסות בתכנית הון בגין הפקדות מ-1.1.2006 ועד 31.12.2007 - פטור בגיל 60 בוותק של 5 שנים בפוליסה.
  - 1.3 בפוליסות בתכנית קצבה עם תחילת ביטוח עד 30.4.1997 והפקדות עד 31.12.1999 - פטור לאחר 15 שנות וותק או בגיל 60 בוותק של 5 שנים בפוליסה.
- משיכה שלא כדין בניכוי מינימום 35% מס**  
משיכה שלא בהתאם לתנאים המפורטים בסעיף 1, הינה משיכה שלא כדין ומחייבת ניכוי מס במקור בשיעור מינימאלי של 35%.
- משיכה באישור פקיד שומה - ללא חבות מס**  
ניתן לפנות לפקיד שומה לקבלת פטור מיוחד לפדיון תגמולים ללא ניכוי מס, בנסיבות הבאות:  
מיעוט הכנסות, כיסוי הוצאות רפואיות ונכות.  
יש למלא טופס 159 של רשות המיסים ולהגיש יחד עם טופס זה ואישור הפטור מפקיד שומה.

**הנחיות לפדיון (יש לסמן את האפשרות הרלוונטית)**

ברצוני לפדות סך \_\_\_\_\_ ש"ח מכספי התגמולים הפטורים מס בלבד.  
 ברצוני לפדות את כל כספי התגמולים הפטורים מס.  
 ברצוני לפדות את כל כספי התגמולים הפטורים (ככל וקיימים), והחייבים במס, בניכוי מס כחוק.

תאריך	שם	ת.ז.	חתימה

**פרטי הפקדה (יש לצרף צילום שיק / אישור על ניהול חשבון בנק)**

אבקש להפקיד את הסכום לחשבוני על פי הפרטים הבאים:

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

ניתן להעביר לפקס מספר 03-7569566 או סרוק בדואר אלקטרוני ל [bht@ayalon-ins.co.il](mailto:bht@ayalon-ins.co.il)





(בהתאם לתוספת השלישית בצו איסור הלבנת הון תשע"ז-2017)  
הטופס ימולא על-ידי בעל הפוליסה מבקש הפדיון

			מספרי הפוליסה/ות:
--	--	--	-------------------

אני

ת.ז./ מספר תאגיד

שם משפחה

שם פרטי/תאגיד

מצהיר בזאת כי:

אני פועל בעבור עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה\* זולתי מפעולות קבלת תגמולי הביטוח/ משיכת הכספים מהפוליסה.

יש נהנה\* בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים;

הסיבה לכך: \_\_\_\_\_

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

\*הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח / משיכת הכספים מהפוליסה הם:

שם פרטי / שם תאגיד	שם משפחה	מספר זהות / דרכון / מספר תאגיד	שם המדינה בה הונפק הדרכון	תאריך לידה	מין	מען
				/ /	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
				/ /	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	

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

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון / מספר תאגיד	שם המדינה בה הונפק הדרכון	תאריך לידה	מין	מען
				/ /	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
				/ /	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
				/ /	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
				/ /	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	

הגדרת "נהנה" - אדם שאינו מוטב למקרה חיים או מוטב למקרה מוות, שבעבורו או לטובתו מוחזק הרכוש או נעשית פעולה ברכוש, או שביכולתו לכוון פעולה ברכוש, והכל במישרין או בעקיפין, ולעניין תאגיד - גם בעל שליטה בתאגיד.

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים לעיל.

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

סמן מי מצהיר:	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
<input type="checkbox"/> בעל הפוליסה / המבוטח <input type="checkbox"/> אפוטרופוס	_____	_____	_____ / _____	____/____/____	

ניתן להעביר לפקס מספר 03-7569566 או טרוק בדואר אלקטרוני ל [bht@ayalon-ins.co.il](mailto:bht@ayalon-ins.co.il)

