

דברי הסבר - משיכת כספים מפוליסת בסט מנהלים ועובדים שכירים

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 מפיטורין 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 להחתים 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 באמצעות פקס מס' 03-5167539
או באמצעות כתובת המייל : bi@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, שיסייע 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:

- פדיון מלא (תגמולים ופיצויים) תגמולים בלבד פיצויים בלבד פיצויים פטורים בלבד
 פדיון פיצויים וסילוק תגמולים תגמולים פטורים בלבד אחר _____

להלן הצהרתי:

אבקש לקבל את כספי התגמולים שבפוליסה בהתקיים אחד מהתנאים המפורטים להלן; ידוע לי כי חתימתי על ההצהרה מהווה תנאי לזכותי, במידה ומתקיימת, לפטור ממס, בהיקף שנקבע בתקנות מס הכנסה, וכי החברה 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 כלשהו.	חתימת המבוטח
--------------------------	---	--------------

<input type="checkbox"/>	אני עובד/ת כעצמאי בלבד ובמשך שישה חודשים אינני מקבל/ת 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.	חתימה וחותמת 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.	חתימת המבוטח
<input type="checkbox"/>	מצ"ב אישור פקיד השומה לגובה המס.	חתימת המבוטח

<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 שמשיכת הפדיון היום עלולה לגרום לחוסר בביטוחי 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.

בקשה להפקדת כספי פדיון לחשבון הבנק

אני מבקש לזכות את חשבוני, בסכום הפדיון, בחשבון הבנק שברשותי (מצורף צילום המחאה / אישור ניהול חשבון על שמי)

מספר חשבון	שם בעל החשבון	ת.ז.	שם הבנק	קוד הבנק	מסנף סניף
------------	---------------	------	---------	----------	-----------

- אני מאשר בזה שלא תהיינה לי כל תביעה או טענה נוספת בקשר לזיכוי חשבוני בבנק בגין הפדיון, בהתאם לבקשתי לעיל.
 - אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן / בת זוגי.
 - אני מסיר מכם כל אחריות במקרה שהעברה בוצעה לחשבון הנ"ל.
- *לתשומת לבך, במידה ולא תמלא את פרטי חשבון הבנק להפקדה, סכום הפדיון יישלח בהמחאה לכתובתך.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

חתימת המבקש:

תאריך	שם המבוטח	חתימת המבוטח
-------	-----------	--------------

טופס זה יש להחזיר באמצעות פקס מס' 03-5167539 או באמצעות כתובת המייל: bi@hcsra.co.il