

תאריך: _____

מגדל חברה לביטוח בע"מ

הנדון: בקשה לביטול / סילוק / פדיון פוליסה / פוליסות ביטוח חיים מנהלים / פוליסה מס':

אני הח"מ _____ ת.ז. מספר _____
 בעל פוליסות והמבוטח שבפוליסות שבנדון, מבקש בזאת מכם לבצע את הפעולה המסומנת כדלקמן:
 פדיון חלקי. סכום הפדיון המבוקש ברוטו פדיון מלא סילוק ביטול

- אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עלי ועל משפחתי:
- ידוע לי שמשירת הפדיון היום עלולה לגרום לחוסר כיסוי הביטוחי המידי, וכן תגרום להפחתת היכולת הפנסיונית העתידית שלי הנובעת מפוליסות אלו.
 - ידוע לי כי במקרה של פדיון מלא, סילוק מלא או ביטול, כל הכיסויים הביטוחיים יתבטלו ובמקרה של סילוק חלקי או פדיון חלקי הסכומים של הכיסויים הביטוחיים ייפגעו בהתאם.
 - ידוע לי כי הפדיון כפוף לתנאי הפוליסה:
 - במקרה שתאריך הפסקת תשלומי הפרמיות אינו זהה לתאריך עזיבת העבודה, כמצויין בטופס 161 ו/או במכתב שחרור "הפוליסה מהמעסיק לטובתי", גובה ערך הפדיון יהיה שווה ל"ערך פדיון רגיל" ולא ל"ערך פדיון מיוחד".
 - ערך הפדיון יחושב בהתאם לתקבולי הפרמיות שנתקבלו בפועל בחברה מאת המעסיק.
 - מערך הפדיון יקוזז קנס "פדיון מוקדם" כמפורט בתנאים הכלליים של הפוליסה.
 - כמו כן, ידוע לי שבמקרה ואבקש בעתיד לחדש את הכיסויים שבוטלו עקב בקשתי הנ"ל, בין באותה פוליסה ובין פוליסה חדשה, יהיה הדבר כרוך בתהליך מחודש של הוכחת מצב בריאות.
 - ידוע לי כי היה וסכום הפדיון המבוקש בגין כספי תגמולים יבוצע על ידכם בטרם שחלפה התקופה המותרת ע"פ תקנות קופות הגמל - אתם תנכו לי מסכום הפדיון העומד לתשלום מס הכנסה סופי (בלתי ניתן לקיזוז במסגרת השומה שלי) בשיעור 35% עה"פ התקנות הנ"ל - ואני מסכים לכך.
 - ידוע לי כי היה וסכום הפדיון המבוקש הוא בגין הכספים שנצברו לאחר ינואר 2000 בפוליסות לקצבה, הרי שעל פי תקנות קופות הגמל בהקשר לחוק ההסדרים, אתם תנכו לי מסכום הפדיון העומד לתשלום מס הכנסה סופי (בלתי ניתן לקיזוז במסגרת השומה שלי) בשיעור 35% ע"פ התקנות הנ"ל - ואני מסכים לכך.
 - ידוע לי כי ייתכן והכספים יהיו כפופים להוראות מיסוי במסגרת "מס רווחי הון".
 - הנני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא בעבור אחר, כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון.

על: _____ תאריך: _____ שם מבוטח: _____ חתימת: _____ המבוטח

הצהרת הסוכן

הריני מאשר/ת בזאת כי זיהיתי את המבוטח על סמך תעודת הזיהוי / הדרכון שהציג בפני - העתק מצ"ב המבוטח חתם בפני ע"ג בקשה זו לאחר שהסברתי ובהברתי לו את מהות הפגיעה הנגרמת לו עקב ביצוע בקשתו כמפורט לעיל.
 תאריך: _____ שם מלא של הסוכן: _____ מס' ת.ז. _____ מס' הסוכן: _____

חתימת הסוכן

הנני מצרף לבקשתי את המסמכים להלן:

- אזרח ישראלי: צילום תעודת זהות וספח הכתובת של המבוטח או בעל הפוליסה לפי העניין.
 אזרח חוץ: צילום דרכון של המבוטח או בעל הפוליסה לפי העניין.
 פוליסה מקורית, או הודעה על מצב הביטוח משנה אחרונה
 מכתב מטעם המעסיק על העברת הבעלות על הכספים בפוליסה/ות לזכותי
 טופס 161 (פיצויים) מטעם המעסיק
 טופס "שחרור כספי תגמולים" מטעמי

שם: _____
 מרחב: _____

מספר תא: _____

העתק:
 לסוכן
 העתק:
 לעובד

צוות :
טלפון :

מק"ט:

קוד סריקה: 411

 **מגדל לשירותך**
מרכז מידע ושירות ללקוחות מגדל
03-920-1010.70
פקס. 03-920-1020
מידע אישי על פוליסות ביטוח החיים שלך באתר:
www.migdal.co.il

