

בקשה למשיכת כספים מחשבון של עמית שנפטר

א. פרטי המשיכה

שם המנוח/ה _____ ת.ז. _____ מס' חשבון בקו הבריאות _____

שם המוטב _____ ת.ז. _____ טלפון _____ כתובת _____

מספר חשבון בנק _____ מספר סניף _____ שם הבנק _____ מספר בנק _____

ב. סוג המשיכה – יש לסמן ב-X את סוג המשיכה

משיכה מלאה / חלקית (חלקית: סכום משיכה _____ ₪) של כספי תגמולים ע"י מוטב

משיכה של כספי פיצויים ע"י מוטב –יש לצרף אישור ממס הכנסה למשיכת כספים + אישור מעסיק לשחרור הכספים

אלו (מס תיק ניכויים 935332437)

ג. במקרה של מיופה כוח או אפוטרופוס למוטב יש למלא סעיף זה

שם מלא של מבצע המשיכה _____ ת.ז. _____ טלפון _____

כתובת _____

• יש לצרף את ייפוי הכוח/ אישור למינוי אפוטרופוס בצירוף ת.ז. של מיופה הכוח / אפוטרופוס

ד. הצהרת מבצע המשיכה

הנני מאשר כי העברת הכספים תהווה סילוק מלא ומוחלט של כל התחייבותכם כלפי וכי אינכם חבים לי כל סכום שהוא אשר מקורו בחשבון והנני מוותרת/ת בזה על כל טענה/או תביעה מכל מין וסוג שהוא, בהווה או בעתיד הנובעות ו/או הקשורות במישרין או בעקיפין לזכויותי בחשבון האמור. הנני מצהיר/ה בזה כי אין לי ולא תהיינה לי תביעות ו/או טענות כנגדכם ו/או מי מטעמכם בקשר עם האמור הקשורות במישרין או בעקיפין בביצוע האמור, ואם יש כאלה הריני מוותרת/ת בזה עליהן באופן סופי ומוחלט.

והיה אם כאשר תוגש תביעה כנגדכם ו/או נגד משהו הפועל בשמכם ו/או מטעמכם הנני מתחייבת/ת בזה באופן סופי ומוחלט להחזיר לכם את הסכום ש/העברתם לחשבוני לרבות כל סכום אשר יפסק נגדכם בין בדרך של פסק דין הסכם פשרה לרבות כל צורת תשלום אשר יתחייב בגין אלה, כגון שכ"ט עו"ד, הוצאות משפט, ריבית והפרשי הצמדה וכיוצא כאלה תשלומים.

הנני חותם על מסמך זה מרצוני החופשי לאחר שקראתי והבנתי את כל האמור בו.

תאריך _____ חתימה _____

• אופן הגשת בקשת המשיכה

1. ניתן להגיש את מסמכי הבקשה באמצעות הדואר או בסניפי בנק לאומי.
2. לכל בקשה חובה לצרף:
 - 2.1 תעודת פטירה מקורית או נאמנה למקור ע"י עורך דין
 - 2.2 צילום ת.ז של המוטב והמחאה (צ'ק) מקורית מבוטל או אישור ניהול חשבון מקורי (כולל חתימה וחותמת הבנק).
 - 2.3 יש לוודא קיום מוטבים ובאם אין יש לצרף צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה.

למילוי על ידי הקופה - מחלקת עמיתים

שם מאשר/מקבל הבקשה: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

הערות: _____

אימות חתימה ע"י פקיד הבנק: אישור תקינות מסמכים / זיהוי פנים מול פנים

שם הפקיד המאשר: _____ תאריך: _____ חתימה: _____