



# קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

## טופס בקשה למשיכת כספים מקופל הגמל

\*יש לצרף צילום ת.ז. אל הבקשה (במקרה של ת.ז. ביומטרית יש לשלוח צילום של שני צידי הכרטיס).

א.

פרטי המשיכה:

מספר חשבון בקופה: \_\_\_\_\_

שם המנוחה	תעודת זהות/דרכון	מס' חשבון
שם המוטב	תעודת זהות/דרכון	טלפון
מספר חשבון בנק	מספר סניף	שם הבנק
כתובת		

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 כח או אפוטרופוס למוטב יש למלא סעיף זה

שם מלא של מבצע המשיכה	תעודת זהות/דרכון	טלפון	כתובת
<ul style="list-style-type: none"> <li>יש לצרף את ייפוי הכוח / אישור למינוי אפוטרופוס בצירוף צילום ת.ז. של מיופה הכוח / אפוטרופוס</li> </ul>			

### 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 מוותר/ת בזנה 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 מוותר/ת בזה עליהן באופן סופי ומוחלט. והיה אם כאשר תוגש תביעה כנגדכם ו/או נגד משהו הפועל בשמכם ו/או מטעמכם הנני מתחייב/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 החתימה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

ד.

### אופן הגשת בקשת משיכת הכספים בקופת הגמל קו הבריאות

- ניתן להגיש את מסמכי הבקשה באמצעות הדואר או בסניפי בנק לאומי.
- לכל בקשה חובה לצרף:
  - 1.2 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).
  - 3.2 יש לוודא קיום מוטבים ובאם אין יש לצרף צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה.

המסמך פונה לשני המינים אך מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות

**לשימוש הקופה בלבד:** שם הפקיד/המטפל \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך סיום טיפול: \_\_\_\_\_ הערות: \_\_\_\_\_

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

שם הפקיד המאשר: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_