



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

טופס בקשה למשיכת כספים מקופת הגמל

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

מספר חשבון בקופה: _____

א. פרטי המשיכה:

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

ב. סוג משיכה:

סוג המשיכה - יש לסמן ב X את סוג המשיכה:	
<input type="checkbox"/> משיכה מלאה / חלקית [חלקית: סכום משיכה _____ ₪] של כספי תגמולים ע"י מוטב	
<input type="checkbox"/> 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 אפטרופוס למוטב יש למלא סעיף זה

שם מלא של מבצע המשיכה	תעודת זהות/דרכון	טלפון	כתובת
-----------------------	------------------	-------	-------

הצהרת מבצע המשיכה

הגני מאשר כי העברת הכספים תהווה סילוק מלא ומוחלט של כל התחייבותכם כלפי וזי אינכם חבים לי כל סכום שהוא אשר מקורו בחשבון והגני 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. הגני 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 הגני 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 ע"ד, הוצאות משפט, ריבית והפרשי הצמדה וכיוצא כאלה תשלומים. הגני 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

לכל בקשה חובה לצרף:

1. תעודת פטירה.
2. צילום ת.ז. של המוטב צילום המחאה או אישור לניהול חשבון כולל חתימה וחותרת הבנק.
3. יש לוודא קיום מוטבים ובאם אין יש לצרף צו ירושה / 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: _____