



שם המבוטח	מספר זהות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

דף הנחיות למילוי טופס 510

בקשה למשיכת כספים מקרן הפנסיה מגדל מקפת

עמית נכבד,

להלן הנחיות לצורך משיכת כספים מקרן הפנסיה "מגדל מקפת אישית" ו-"מגדל מקפת משלימה".

טרם משיכת הכספים חשוב לדעת:

- הכספים הצבורים בקרן הפנסיה שלך, כולל מרכיב הפיצויים, מיועדים לקבלת קצבה במועד הפרישה. משיכה של הכספים, כולם או חלקם, תקטין בהתאמה את הקצבה הצפויה שלך במועד הפרישה.
- במקרה של חידוש תשלומים לאחר משיכת כספים מרכיב התגמולים, באופן מלא או חלקי, יקבע גיל תחילת כיסוי ביטוחי חדש אשר עלול להקטין את שיעור הכיסוי הביטוחי שיחול עליך בקרן, וכן תחול תקופת אכשרה חדשה בת 60 חודשים. כמו כן, לאחר משיכת כספים מרכיב התגמולים לא ניתן יהיה לשמור על הכיסויים הביטוחיים באמצעות תשלום עלות הכיסוי בלבד (ריסק זמני).
- במקרה של משיכת כל הכספים, זכויותך בקרן יבוטלו ולא תהיה בכיסוי ביטוחי למקרה נכות ולמקרה מוות. וכן במקרה של משיכת כספים מרכיב התגמולים יבוטלו הכיסויים הביטוחיים למקרה נכות ולמקרה מוות.
- טרם משיכת הכספים, באפשרותך לבדוק זכאותך לקבלת הלוואה על חשבון הכספים בקרן.

לתשומת לבך, ניתן להגיש בקשה למשיכת כספים באזור האישי באתר מגדל: www.migdal.co.il או ביישומון ('אפליקציה') וזאת באופן דיגיטלי, מהיר ופשוט.

תשלום מס בעת משיכה:

כספי תגמולים - כספים שהופקדו במטרה לקבלם כקצבה חודשית בהגיעך לגיל פרישה.

משיכת כספים שלא כקצבה תחייב במס במקור בגובה 35%.

פטור ממס על כספי תגמולים ניתן לקבל במקרים הבאים:

● כספי תגמולים של עמית שכיר שהופקדו לפני 1.1.2000 - לפי התנאים המפורטים בדף המשיכה.

● משיכה עקב מינוס הכנסות לפי תקנות מס הכנסה - יש לצרף טופס 159 ואישורים בגין הכנסות שלך ושל בן/בת הזוג בשלושת החודשים האחרונים.

● משיכה עקב מצב רפואי או נכות - יש לצרף אישור פקיד שומה.

● כספי פיצויים - כספים שהופקדו על חשבון פיצויי פיטורים, כספים אלו נכללים כחלק מהכספים הפנסיוניים ומשיכתם עלולה להקטין את הקצבה החודשית בפנסיה בכ- 40%. ממעמד הפיצויים לאחר עזיבת עבודה:

● פיצויים ברצף קצבה - פיצויים שעברו התחשבות מס ומיועדים לקבלתם כקצבה, משיכה ללא אישור פקיד שומה/טופס 161 תגרור ניכוי מס במקור בגובה 47% (נכון לשנת 2018).

● פיצויים שלא עברו התחשבות מס - פיצויים ממעסיק אחרון או מעסיקים קודמים שטרם בוצעה בגינם התחשבות מס, משיכה ללא אישור פקיד שומה/טופס 161 תגרור ניכוי מס מירבי בגובה 47% (נכון לשנת 2018).

● פיצויים נזילים שהופקדו עד תקרת הפיצויים - פיצויים שהופקדו לתוכנית עד לתקרת ההפקדה לפיצויים ושעברו התחשבות מס לאחר סיום עבודה והושארו בתוכנית ככספים נזילים בקופת גמל החייבים במס רווחי הון בשיעור 25% מרווחים ריאליים.

● פיצויים נזילים שהופקדו מעל תקרת הפיצויים - פיצויים שהופקדו לתוכנית העולים על תקרת ההפקדה לפיצויים והמעסיק ניכה עליהם מס בעת ההפקדה. פיצויים אלו יהיו חייבים במס רווח נומינלי בשיעור 15%.

● משיכה בהתאם להוראות למתן פטור מניכוי מס במקור לבעלי הכנסות נמוכות - יש לצרף הצהרת עמית רלוונטית הנמצאת באתר החברה.

אם היך מעוניין/ת במשיכה חלקית של אחד מרכיבי הפיצויים הנזילים, יש לציין זאת במפורש בטופס המשיכה.

מסמכים נדרשים לצורך ביצוע משיכה:

- טופס הבקשה מלא וחתום, כולל בחירה במרכיב פיצויים ו/או תגמולים ומילוי פרטי חשבון בנק להפקדה.
- צילום ת"ז קריא של מבקש הבקשה אשר פרטיה זהים לפרטים המופיעים בהמחאה / אישור לניהול חשבון (אם ת.ז. ביומרתית, יש לצלם את שני הצדדים).
- צילום המחאה או אישור לניהול חשבון בנק הכולל חותמת הבנק, שמך המלא, מספר תעודת זהות ומספר חשבון הבנק לזיכוי.
- מכתב שחרור כספי פיצויים לטובת העובד עם חתימה וחותמת המעסיק.
- הנחיות להתחשבות מס בגין כספי פיצויים, חתום על ידי המעסיק (טופס 161) או פקיד שומה (טופס 160).
- במידה וקיים עיקול על היתרה הצבורה על שמך בקרן, יש לצרף צו ביטול עיקול (במשיכה מלאה) או יתרת עיקול מעודכנת (במשיכה חלקית).
- עמית עצמאי המבצע משיכה מ"מקפת משלימה" - יש לצרף טופס "פועל עבור עצמי".
- יתכן ותידרש לצרף בנוסף טופס "הכר את הלקוח" ככל שימצא צורך בכך בהתאם למדיניות לניהול סיכוני הלבנת הון של החברה.
- משיכת כספים למקבל קצבה העולה על קצבה מזערית - יש למלא סעיף ה בטופס הבקשה ולצרף תלושי שכר ממעסיק (אם קיימים) והנחיות מפקיד שומה.

שמירה על זכויות ביטוחיות בעת סיום עבודה/הפסקת תשלום דמי גמולים לקרן

בעת סיום עבודה/הפסקת תשלום דמי גמולים לקרן, עומדות לפניך האפשרויות הבאות להמשך תוכנית הפנסיה ושמידה על זכויותך:

- המשך תשלום במסגרת מקום עבודה חדש - יש למלא טופס 459 "הודעה על תחילת עבודה אצל מעסיק חדש". המשך תשלום כעצמאי - גובה התשלום יהיה בהתאם להכנסה כעצמאי. יש למלא טופס 458 "בקשה להמשכיות".
- שמירה על כיסויים ביטוחיים בלבד לתקופה מוגבלת - ישנה אפשרות לשמור על הזכויות לפנסיה נכות ושאריות באמצעות תשלום עלות הכיסוי הביטוחי בלבד (וללא חיסכון). אפשרות זו ניתנת רק אם התשלום בוצע בטרם חלפו 5 חודשים מחודש התשלום האחרון לקרן ולא נמשכו כספים מרכיב התגמולים. תקופת הכיסוי הזמני מוגבלת בתקופת ההפקדות האחרונה בקרן (עד הפסקת התשלומים) אך לא יותר מ- 24 חודשים - יש למלא טופס 458 "בקשה להמשכיות".

כתובת למשלוח מסמכים ולמידע נוסף:

מרכז שירות לקוחות
כתובת: היצירה 2, קריית אריה, פתח תקווה, 4951228
כתובת דואר אלקטרוני mokedpe@migdal.co.il
טלפון: מוקד הפנסיה 076-8865869 בימים א' - ה' בין השעות 8:00 - 16:00
פקס: 03-9201030
באתר האינטרנט שלנו www.migdal.co.il תוכל למצוא את כל המידע האישי שלך זמין בכל עת.

בברכה,

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופת גמל בע"מ

המכתב מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד ומיועד לשני המינים כאחד

האמור לעיל נמסר כמידע בלבד ולא נועד לצורך קבלת החלטה בדבר כדאיות הפעולה ואינו בגדר ייעוץ פנסיוני, המלצה, הנחייה או הצעה לבצע או להימנע מלבצע פעולות כלשהן. מומלץ להיוועץ עם יועץ, סוכן או משווק פנסיוני בטרם ביצוע משיכת כספים.

'משיכת כספים שלא בדרך של קצבה - הסכום שיתקבל ע"י העמית יהיה הסכום שייגרע מיתרת הצבירה שעל שם העמית בקרן. כמפורט בתקנה 41 כ"ט לתקנות מס הכנסה (כללים לאישור וניהול קופות גמל) התשכ"ד-1964 ולפי האמור בסעיף 9 לתקנות הקרן.

כל הדרכים ליצור איתנו קשר

כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות
פנסיה וקופות גמל בע"מ, ת"ד 3778 קריית
אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

03-9201010
מוקד טלפוני

054-9201028
Whatsapp



סוכן הביטוח
שלך

באפליקציית מגדל
App Store / Google Play



migdal.co.il



074115100104010824

עמוד 1 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 411 | לשימוש פנימי - X: 1 חב 1 חב 7



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן
תאריך קבלת המסמכים אצל הסוכן	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

בקשה למשיכת כספים מקרן פנסיה - שכיר / עצמאי

מגדל מקפת אישית מגדל מקפת משלימה

טופס מספר **510**

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מין	
					זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	
יישוב	כתובת (רחוב)	מספר בית	כניסה	מספר דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון		מספר טלפון נייד		כתובת דואר אלקטרוני		

ב. פרטי משיכת כספים

אני מבקש למשוך את:

פיצויים

* בפדיון פיצויים יש לצרף טופס 161 או אישור לניכוי/פטור ממס. אם לא צורף אישור כאמור, מכספים חייבים במס במשיכה בהתאם לדין, ינוכה מס בהתאם לטופס 161 ובהעדרו ינוכה מס מירבי.

משיכה מלאה של כל כספי הפיצויים.

או

משיכת פיצויים ממעסיק

שם המעסיק _____ משיכה מלאה

משיכה חלקית בסך _____ ש"ח

שם המעסיק _____ משיכה מלאה

משיכה חלקית בסך _____ ש"ח

שם המעסיק _____ משיכה מלאה

משיכה חלקית בסך _____ ש"ח

תגמולים

* בפדיון תגמולים, במקרה של משיכה שלא על-פי תקנות מס הכנסה, ינוכה מס במקור כאמור בהסדר התחיקתי.

משיכה מלאה של כל כספי התגמולים.

או

משיכה חלקית בסך _____ ש"ח

ג. זכאות למשיכת כספי תגמולים (חלק עובד וחלק מעסיק) ששולמו עד ה- 31/12/1999

זכאותי למשיכת כספים שנצברו מהפקדות ששולמו עד ה- 31/12/1999 בלבד (סמן את אחת מן האפשרויות):

- לא עבדתי כשכיר במשך לפחות 6 חודשים רצופים מיום הפסקת עבודתי בתאריך _____
- אני עצמאי לפחות 6 חודשים.
- מלאו לי 60 שנים
- לאחר 01/01/2000 הועסקתי במקום עבודה מזה 13 חודשים ולא הופרשו עבורי לקופת גמל לתגמולים / לקצבה (יש לצרף אישור מעסיק)

אישור מעסיק (למילוי אם סומן סעיף 4)

אנו מאשרים כי המבוטח _____ מספר זהות _____ החל לעבוד בחברתנו בתאריך _____
ובמשך 13 חודשים לא הפרשנו ואיננו מפרישים עבורו כספים לקופת גמל לתגמולים או לקופת גמל לקצבה.

תאריך	שם החותם מטעם המעסיק	מספר טלפון	חתימת המעסיק וחותמתו*



074115100204010824

עמוד 2 מתוך 4 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 411 | לשימוש פנימי - X: חב 1 □ חב 7 □



ד. הצהרה בדבר קבלת קצבה מזערית

הנני מצהיר כי אני מקבל קצבה לכל החיים ואשר נכון ליום בקשתי זו הקצבה עולה על סכום הקצבה המזערית כהגדרתה בסעיף 23 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) התשס"ה-2005, (קצבה בסך 4,850 ₪ נכון ל- 01/2023).

1. אני מקבל את הקצבה הנ"ל ממגדל מקפת.

2. אני מקבל את הקצבה הנ"ל מקופה אחרת על שמי _____ (שם הקרן/חברת הביטוח) או פנסיה תקציבית _____ (שם המעסיק). יש לצרף לבקשה 3 תלושי שכר של קצבה זו.

אני מוותר על קבלת קצבה מעל הקצבה המזערית ומבקש למשוך הכספים בערכי הפדיון כהיוון קצבה. מצורף אישור מפקיד שומה עם הנחיות לניכוי מס בגין משיכת הכספים כהיוון קצבה.

ה. בקשה להפקדת כספי פדיון לחשבון הבנק

אני מבקש כי סכום הפדיון יועבר לזכות חשבוני בבנק שפרטיו להלן (מצורפת דוגמת המחאה מבוטלת או אישור לניהול חשבון בנק של חשבוני זה):
לתשומת לבך, אם לא ימולאו פרטי חשבון הבנק להפקדה, יועבר סכום הפדיון לחשבונך אשר פרטיו מופיעים בצילום המחאה/אישור ניהול חשבון שצורף.

מספר חשבון	שם בעל החשבון	שם בנק	קוד בנק	מספר 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.

ו. הצהרות

- ידוע לי כי מכספים חייבי מס במשיכה, ינוכה מס כחוק.
 - ידוע לי כי בהסתמך על הצהרתי לעיל, רשאית קרן הפנסיה לשלם לי את כל כספי התגמולים (גם כספים ששולמו לאחר ה- 31/12/1999). ידוע לי שעל-פי חוק ההסדרים, משיכת כספי תגמולים שהופקדו החל מ- 01/01/2000 חייבים בניכוי מס.
 - אני מסכים כי תהיו רשאים לשלוח העתק הצהרתי זו לשלטונות מס הכנסה.
 - אני מצהיר כי ידוע לי שאם אהיה בעתיד מבוטח בקרן הפנסיה "מגדל מקפת אישית" ו/או "מגדל מקפת משלימה", תחושבנה זכויותי וזכויות שאירי, בהתאם לתקנות קרן הפנסיה כפי שיהיו מעת לעת ובכפוף לכל דין, בהתחשב בעובדה שהוצאתי את הכספים.
 - ידוע לי כי הכספים המבוקשים במשיכה יועברו לחשבוני על-פי הרשום לעיל, וכי מתן הוראה מצדכם לזכות את החשבון שמספרו כאמור לעיל תהווה הוכחה סופית ומוחלטת על ביצוע העברות הכספים על-ידכם.
 - ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים לטובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "הבנק"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאימות ובדיקת תקינות כל פרטי חשבון הבנק שמסרת לי לחברה, לרבות שם מלא, מספר זיהוי ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני (להלן: "הליך האימות"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל, ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה, בנוגע להליך האימות, כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי המידע של החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל, באמצעות פניה לחברה, ובלבד שהבקשה לאימות טרם נשלחה למס"ב.
 - ידוע לי כי ככל שקיים עיקול על הכספים הרשומים על-שמי בקרן וככל שלא אמציא לקרן ביטול עיקול חתום כדן, כספי העיקול יקוזזו מהכספים המשולמים לי ויועברו להוצאה לפועל או לבית המשפט.
 - ידוע לי כי ככל שנתרת יתרת הלוואה שנטלתי מהקרן, תקוזז היתרה האמורה מהכספים המשולמים לי וינוכה ממנה מס במקור בהתאם לתקנות מס הכנסה.
 - ידוע לי כי בקשתי זו הינה בלתי חוזרת ועם קבלתה בקרן לא אוכל לחזור בי מבקשתי ולהורות על ביטול משיכת הכספים.
 - ידוע לי כי משיכת מלוא כספי צבירתי מהווה ויתור על זכויותי לפנסיה מכוח אותם כספים לכל דבר ועניין, בהתאם לתקנות קרן הפנסיה.
 - ידוע לי כי משיכת חלק מכספי הצבירה, מהווה ויתור על זכויות פנסיה בגין הכספים הנמשכים וזכויותי בקרן הנובעות מיתרת הכספים שיוותרו בקרן יהיו בהתאם לתקנות קרן הפנסיה כפי שיהיו מעת לעת ובכפוף לכל דין.
- אני מסכים/ה לקבל מהחברה, ומחברות בקבוצה בה מנויה החברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.
- כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל mokedpe@miqdal.co.il או לכתובת ת.ד. 3778, קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951106

12. אני מאשר כי קראתי את האמור לעיל והאמור בדף ההסבר המקדים ועל-אף הקבוע בו אני מבקש למשוך כספים.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח *
-------	----------------	-----------	----------------

(מחזורת 08.2024)





ז. הצהרת הסוכן לגבי זיהוי המבוטח

אני מאשר בזאת כי בדקתי את תעודת הזהות של העמית והשוותי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות לפרטים המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים. המבוטח חתם בפניי על בקשה זו לאחר שהסברתי והבהרתי לו את הפגיעה הנגרמת לזכויותיו עקב ביצוע בקשתו כמפורט לעיל. אני מאשר שהמסמכים התקבלו אצלי בתאריך המפורט מטה.

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה	<input type="text"/>	מספר זהות	<input type="text"/>	מספר סוכן	<input type="text"/>	חתימת הסוכן ★	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	----------------	----------------------	-----------	----------------------	-----------	----------------------	---------------	----------------------

ח. הצהרת עובד החברה לגבי זיהוי המבוטח

אני מאשר בזאת כי זיהיתי את המבוטח על סמך תעודת הזהות/הדרכון שהציג בפניי, העתק מצורף.

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה	<input type="text"/>	חתימת העובד ★	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------	----------------	----------------------	---------------	----------------------

