



מספר זהות	שם המבוטח

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

דף הנחיות לטופס 407

בקשה למימוש זכויותי בקבלת קצבה חודשית מפוליסה/ות ביטוח חיים

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בבקשתך לקבלת קצבה בצורה יעילה ומהירה, נודה לך באם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן:

- טופס "בקשה למימוש זכויותי בקבלת קצבה חודשית מפוליסה/ות ביטוח חיים" (טופס מס' 407, מצ"ב) מלא וחתום.
- הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד, כל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו ולהיפך.
- תצלום תעודת הזהות שלך ושל בן/בת הזוג שלך כולל הספח (במידה ונבחר מסלול בן זוג).
- תצלום תעודת זהות ביומטרית, יש להעביר את התצלום על 2 צדדיו.
- תצלום המחאה/אישור על ניהול חשבון בנק.
- טופס 101 הצהרת מבוטח על הכנסות אחרות (מצ"ב) בנוסף לטופס 101 ניתן לצרף תיאום מס מפקיד שומה.
- טופס 161 ח' (מיועד למבוטחים נשים וגברים שהגיעו לגיל פרישה 67,62 בהתאמה אחרי 2012) - בקשה לקבלת "הפטור הנוסף" בחישוב ניכוי המס מהקצבה המזכה.
- ליחיד המקבל קצבה מזכה יחידה, בהתאם לדברי ההסבר המפורטים בטופס המצ"ב.
- טופס 161 י' (מיועד למבוטחים נשים וגברים שהגיעו לגיל פרישה 67,62 בהתאמה לפני 2012) - בקשה לקבלת "הפטור הנוסף" בחישוב ניכוי המס מהקצבה המזכה.
- ליחיד המקבל קצבה מזכה יחידה, בהתאם לדברי ההסבר המפורטים בטופס המצ"ב.
- מסמך סיום עבודה במידה והפוליסה/ות בבעלות מעביד.
- לידוע/ה בציבור יש לצרף פסק דין מרשות שיפוטית, במידה ולא קיים יש למלא שאלון מותאם, את השאלון ניתן לקבל במשרדי החברה ניתן לפנות לכתובת מייל mokedgimla@migdal.co.il או לטל' 076-8866215.
- יתכן כי בעת בדיקת הבקשה לקבלת קצבה יעלה הצורך במסמכים או מידע נוסף.

חשוב לדעת! לאחר תחילת קבלת הקצבה החודשית לא ניתן לשנות את בחירתך לקבלת קצבה באופן מלא או חלקי לרבות המסלול המבוקש ומועד תחילת תשלומי הקצבה.

את טופס הבקשה והמסמכים הנלווים ניתן להעביר אלנו למייל: mokedgimla@migdal.co.il
פקס: 03-5688916 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: צוות תשלומי קצבה.

שאלות וביירוים, נציגי השירות שלנו ישמחו לעמוד לרשותך בכתובת המייל mokedgimla@migdal.co.il או בטלפון 076-8866215

בברכת בריאות ואריכות ימים
מערך תפעול חסכון ארוך טווח

(מהדורה 03.2024)





לכבוד:
מגדל חברה לביטוח בע"מ

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון הפנסיוני
שם המפקח	

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

בקשה למימוש זכויותי בקבלת קצבה חודשית מפוליסה/ות ביטוח חיים

בהתאם לתנאי פוליסה/ות או נספח הקצבה אם נכלל בין התנאים ולאחר שהובהרו לי האפשרויות לקבלת קצבה ונתנה לי אפשרות לקבל
יעוץ פנסיוני מתאים)

טופס מספר 407

א. פרטי המבוטח/המבקש						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
כתובת דואר אלקטרוני						

ב. פרטי הבקשה

1. תחילת תשלומי הקצבה:

אני מבקש בזאת, בכפוף לתנאי הפוליסה קצבה חודשית החל מתאריך _____, 01/_____, בהתאם לנתונים המפורטים בבקשה זו ולאפשרויות המפורטות בסעיף ה' להלן.
לתשומת ליבך, מועד תחילת תשלומי הקצבה יהיה תמיד ה- 1 לחודש העוקב לחודש קבלת בקשה זו בחברה.
לאחר תחילת קבלת הקצבה החודשית לא ניתן לשנות את הבחירה לקבלת הקצבה לרבות המסלול הנבחר ומועד תחילת התשלומים.

2. אבקש להעביר את תשלום הקצבה החודשית לחשבון המנוהל על שמי שפרטיו להלן:

שם הבנק	מס בנק	מס סניף	מספר חשבון בנק	שם בעל החשבון

3. בחירת אופן קבלת תלוש קצבה:

ברצוני לקבל את תלוש הקצבה באופן הבא:

- דואר אלקטרוני מאובטח
 קישור באמצעות דואר אלקטרוני
 קישור באמצעות מסרון (SMS)
 דואר ישראל

ג. פירוט הכספים לבקשת קצבה החודשית

1. סוג המרה

המרה מכספי ניוד* המרה מהפקדה חד פעמית המרה מפוליסה שוטפת / מסולקת

* נא לציין שם קופה מעבירה: _____ / _____ / _____ / _____

2. המרה מלאה - נא לציין מספר פוליסה/ות להמרה.

מספר פוליסה	מספר פוליסה

3. המרה חלקית - נא לסמן X על סוג הרכיב שברצונך להמיר במלואו או לחלופין ציין סכום המרה:

מספר פוליסה	פיצויים	תגמולים פטורים	תגמולים חייבים במס	פרט - תגמולים לעצמאים	פיצויים מוכרת לקצבה	תגמולים מוכרת לקצבה	סה"כ

4. ידוע לי כי אם אבחר לקבל קצבה חודשית מהכספים ההוגנים שלזכותי, אשר בגינם לא נרכשו תנאים לקצבה, ייקבעו תנאי הקצבה על פי פוליסה לקצבה המשוקקת על ידי מגדל במועד ההמרה לקצבה, בהתאם לתנאיה, מועד תחילת תשלומי קצבה בגין כספים אלה יהיה ה- 1 לחודש העוקב בו הופקדו הכספים.

(מחזורת 03.2024)





ד. מסלול הקצבה המבוקש

ניתן לבחור מסלול קצבה אחד או יותר, במידה ונבחר יותר ממסלול אחד יש להגיש בקשות ניפרדות לקבלת קצבה ביחס לסכום ההמרה המבוקש בכל מסלול קצבה. האפשרות לבחור בכל אחד ממסלולי הקצבה הינה רק בהתאם למסלולי הקצבה אשר מפורטים בתנאי הפוליסה והנספחים שברשותך.

1. מסלול קצבה חודשית עם הבטחת תקופת תשלום מינימלית:

תשלום קצבה חודשית ממועד תחילת תשלומי הקצבה במשך כל ימי חיי המבוטח על פי תנאי ההצמדה בפוליסות ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.

במקרה פטירה (ח"ח) - יש לסמן X לבחירת תקופת תשלום קצבה מובטחת:

5 שנים (60 חודשי תשלום) 10 שנים (120 חודשי תשלום) 20 שנים* (240 חודשי תשלום)

- אם אירע מקרה פטירה במהלך 5, 10 או 20 שנים (בהתאמה) מיום התחלת תשלומי הקצבות (מועד ההצטרפות) תשלום למוטבים קצבה חודשית עד להשלמת 5, 10 או 20 שנים (בהתאמה) בגובה הקצבה ששולמה למבוטח.
- אם אירע מקרה מוות לאחר תשלום של 60, 120 או 240 קצבות כאמור, לא ישולם תשלום כלשהו למוטבים.

* מסלול עם הבטחת תשלום מינימלית ל- 240 תשלומים, ניתן לבחירה רק בפוליסות שתחילתן מ- 1.6.2001.

2. מסלול קצבה חודשית עם הבטחת תקופת תשלום מינימלית וכן תשלום תוספת תשלום אם המבוטח במצב רפואי כמוגדר בתנאי הפוליסה.

ניתן לבחור במסלול קצבה זה רק אם קיים בתנאי הפוליסה. תשלום קצבה חודשית ממועד ההצטרפות במשך כל ימי חיי המבוטח על פי תנאי ההצמדה בפוליסה שברשותו ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי. בחירה במסלול זה אפשרית רק עם הבטחה של 240 תשלומים. אם אירע מקרה מוות לאחר תשלום של 240 קצבות כאמור לא ישולם תשלום כלשהו למוטבים.

תקופת מבוקשת לתוספת תשלום אם המבוטח במצב רפואי כמוגדר בתנאי הפוליסה:

30 חודשים 60 חודשים

לתשומת לב: קצבה במסלול זה הינה קצבה מופחתת לעומת קצבה במסלול המפורט בסעיף 1

למסלול קצבה זה נבקש להשיב על השאלון למצב רפואי להלן:

כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

האם קיימות לפחות 3 מהפעולות הבאות בהן אתה לא יכול לבצע בכוחות עצמך חלק מהותי (לפחות 50%) מהפעולה:

לאכול, לשתות, להתרחץ, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לשלוט על הסוגרים, לנוע ממקום למקום באופן עצמאי וללא עזרת הזולת.

לידיעתך: ככל ותביעת המבוטח תידחה בעילה של אי גילוי באשר למצבו הרפואי במועד בחירת מסלול הקצבה, המבוטח יהיה זכאי לתשלום קצבות כאילו בחר מלכתחילה במסלול קצבה א' עם 240 קצבות מובטחות וזאת רטרואקטיבית ממועד תחילת תשלומי הקצבה.

בבחירת מסלול קצבה 1 או 2 - אני מורה לכם כי במקרה פטירתי בטרם הסתיימה התקופה המינימלית לתשלום הקצבה, לשלם למוטבים המפורטים להלן את יתרת תשלומי הקצבה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למוטב	החלק ב-%

3. מסלול קצבה חודשית ללא מוטבים:

תשלום קצבה חודשית ממועד תחילת תשלומי הקצבה במשך כל ימי חיי המבוטח על פי תנאי ההצמדה בפוליסות ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, ובמקרה פטירה (ח"ח) יופסקו תשלומי הקצבה ולא ישולם כל תשלום שהוא למוטבים.

4. מסלול קצבה חודשית עם המשך תשלום לבן/בת זוג: (יש לסמן X לבחירת אחוז הקצבה שתשלום לבן/בת זוג ולמלא את פרטי בן/בת הזוג בטבלה מטה)

60% גמלה 100% גמלה אחר _____

תשלום הקצבה החודשית שתשלום למבוטח מהמועד שנקבע לתחילת תשלומי הקצבה למשך כל ימי חייו, ובמקרה פטירה ח"ח תשלום במלואה או בחלקה (על פי בחירתו) לבן/בת זוגו לכל ימי חייו/חייה, כהגדרתה בתנאי הפוליסה, וכפי שנקבעה על ידו במועד בו בחר במסלול תשלומי קצבה זה. הבחירה בשיעור הבטחה לבן/בת הזוג השונה מ- 100% או 60% אפשרית במידה ואפשרות זו כלולה בתנאי הפוליסה או הנספחים שברשותך.

יובהר כי הקצבה החודשית תשלום על-פי תנאי ההצמדה בפוליסה ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.

פרטי בן/בת זוג - איש/ה הנשואים כדין למבוטח. (יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח להוכחת מצב משפחתי). חובה למלא סעיף זה.

ידוע/ה בציבור אשר הוכר/ה בפסק דין כזה/כזו, יש לצרף פסק דין או למלא שאלון מתאים ולצרף אישור מאת המוסד לביטוח לאומי על ההכרה של בן/בת הזוג כידוע/ה בציבור.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	תאריך נישואין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	

5. מסלול קצבה חודשית לכל חיי המבוטח ובמותו תשלום מענק למוטב:

תשלום קצבה חודשית ממועד תחילת תשלומי הקצבה במשך כל ימי חיי המבוטח על פי תנאי ההצמדה בפוליסות ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי במקרה מותו (ח"ח) ישולם למוטב סכום חד פעמי של 25 קצבות חודשיות. המוטב כמפורט בטבלה להלן.

אפשרות זו קיימת רק לפוליסות ששווקו עד יוני 2001 ורק במקרים בהם מסלול זה קיים בתנאי הפוליסה.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק ב-%

(מחזורת 03.2024)



014664070305010324

עמוד 3 מתוך 10 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 466



ה. שאלות בנושא דיווח מס בארה"ב (FATCA) או במדינות זרות (CRS)

1. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב

האם אתה אזרח אמריקאי? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם אתה תושב אמריקאי לצורכי מס? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	במידה וענית "כן" על אחד מהסעיפים יש לצרף טופס W9 ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב TIN U.S _____
אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.	תאריך	שם המצהיר
חתימת המצהיר *		

2. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות

האם אתה תושב מדינה זרה? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> - אם כן, אנא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי, שם משפחה וכתובת					
שם מדינת התושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	רחוב ומספר בית Address (street, no.)	יישוב City / Town	מספר TIN
1.					
2.					
האם אתה משלם מס כדין במדינת התושבות? תושבות 1: לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> תושבות 2: לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>					
אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומהימן.					
תאריך	שם המצהיר	חתימת המצהיר *			

ו. תנאי ההצמדה בפוליסות

- קצבה שתשולם מפוליסה הכפופה לתקנות קופות גמל, הצמודה לרווחי השקעות, תהיה צמודה למסלול השקעה בסיסי למקבלי קצבה בניכוי דמי ניהול ובניכוי הריבית התעריפית על פיה חושב מקדם הקצבה, אלא אם יאושר אחרת ע"י החברה.
- קצבה שתשולם מפוליסה שאינה כפופה לתקנות קופות גמל, הצמודה לרווחי השקעות, תהיה צמודה למסלול השקעה כללי בניכוי דמי ניהול ובניכוי הריבית התעריפית על פיה חושב מקדם הקצבה, אלא אם יאושר אחרת ע"י החברה.
- קצבה שתשולם מפוליסה, מבטיחת תשואה, תהיה צמודה למדד המחירים לצרכן, בהתאם לתנאי הפוליסה, כאשר המדד היסודי לחישוב הקצבה החודשית, יהיה המדד האחרון הידוע באחד בחודש בו שולמה הקצבה החודשית הראשונה.
- במידה וקיימת יתרת הלוואה שטרם נפרעה, סכום ההלוואה יקוזז מסכום החיסכון המצטבר בפוליסה והקצבה החודשית תוקטן בהתאם. באפשרותך לפרוע את יתרת חוב ההלוואה לפני תחילת תשלום הקצבה.

ז. הצהרות

- הריני לאשר כי קראתי והבנתי את האפשרויות השונות ביחס לקבלת קצבה חודשית מהפוליסה/ות מהן מבוקשת ההמרה ובחירתי נעשה, בעודי חי, וזאת על פי צרכי ורצוני הן ביחס אלי לכל ימי חיי והן ביחס למוטבים/ים – יורשים/ים ככל שאבחר במסלול/ים המעניק להם זכויות ובהתאם לאותו המסלול תהיה להם זכות לקבלת כספים.
- בחירתי לעיל במסלול/י הקצבה החודשית נעשתה לאחר שבחנתי את תנאי הפוליסה/ות מהן מבוקשת ההמרה והבנתי את האפשרויות הקיימות בהן. ידוע לי כי מומלץ לקבל יועץ פנסיוני מקצועי ומתאים ביחס לאפשרויות הקיימות לקבלת קצבה חודשית וביחס ליתרונות ולחסרונות של כל אחת מהאפשרויות.
- ידוע לי כי למימוש זכויותי במסגרת קבלת קצבה קיימות השלכות הנוגעות להיבטי מיסוי והחלטתי לקבל את הקצבה נלקחה בחשבון בהתחשב בהיבטים אלה.
- ידוע לי כי האמור בבקשה זו הינו תיאור כללי ואין בו כדי לגרוע/ו לאו לפגוע בהוראות הפוליסה/ות אשר הן המחייבות בלבד.
- ידוע לי כי לאחר תחילת קבלת הקצבה, לא אוכל לשנות את בחירתי לקבלת קצבה, לרבות שנוי מסלול קבלת הקצבה. ולרבות שינוי של בן/בת הזוג שנקבע במסלול קצבה חודשית עם המשך תשלום לבן/בת זוג, ככל שנבחר מסלול זה.
- ידוע לי כי ביצוע המרה מלאה לקצבה מהפוליסה משמעותה, ביטול הפוליסה לרבות ביטול הכיסויים הביטוחיים בפוליסה ככל שקיימים.
- אישור שמירה ושימוש בנתונים אישיים ואמצעי התקשורת עם המועמד לביטוח: בסעיף זה "מגדל" משמעה מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני מאשר בזאת: (1) שהמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי. (2) המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של מגדל וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או תכנית פנסיה ו/או גמל ו/או מוצרים/שירותים אחרים שרכשתי ממגדל, למתן שירותים במסגרת הפוליסה ו/או המוצרים הפיננסיים, דיוור ישיר, עיבוד מידע, פילוח שיווקי, וכן לצורך יצירת קשר לפנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים/שירותים נוספים של מגדל וקיום חובות על פי דין בקשר עם האמור לעיל. (3) החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותיי גם לסוכן הביטוח / יועץ פנסיוני / משוק פנסיוני המטפל בפוליסה מטעמי. (4) אם החברה תארגן פעילויותיה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג עם גוף אחר, היא תהא זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי מגדל הוראת אישור זה. (5) אני מסכים כי מידע ונתונים שמסרתי כאמור ישמשו גם לצורך יצירת קשר עימי, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.
- לעברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקס, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.
- בקשה לקבלת קוד למערכת מידע אישי: אני הח"מ מבקש ומאשר לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של מגדל להגדרתו הלקו, אודות תכנית ביטוח ו/או תכנית פנסיה ו/או קופות גמל ו/או קרנות השתלמות ו/או מוצרים אחרים של מגדל ("אתר האינטרנט"). ידוע לי כי קוד הפעלה הראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט.
- הצהרה לעניין FATCA - החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.
- הצהרה לעניין CRS - החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי בהתאם להוראות ה-CRS.

(מחזורת 03.2024)



014664070405010324

עמוד 4 מתוך 10 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 466



ז. הצהרות - המשך

12. בבחירת הסכמה לשליחת תלוש קצבה לכתובת דואר אלקטרוני או למסרון

א. מסרתי את כתובת הדואר האלקטרוני או מספר הטלפון הסוללרי בהסכמה, אני מצהיר כי כתובת זו / או מספר הטלפון משתמשים אותי באופן אישי.
ב. אני הסכמתי לקבלת התלוש באופן האמור ניתנה בשים לב לכל אלה:

- העברת טופס זה לחתימתי מהווה התחייבות מצד החברה לנקוט אמצעים סבירים שיבטיחו כי הגישה לתלוש הקצבה והצפייה במידע תהיה לי בלבד, או בהרשאתי, וכי לכל הפחות נקטה החברה אמצעים של הצפנת המידע לשם הגנה על פרטיותי.
- על אף האמור, אני מסכים שתלוש הקצבה שלי ישלח למערכת הדואר האלקטרוני שלי וידוע לי כי:
 - המידע עשוי להיות חשוף לצדדים שלישיים ובהם מפעיל שירות הדואר האלקטרוני שלי.
 - אין ערובה לכך שמערכת הדואר האלקטרוני שלי כוללת אמצעי הגנה מפני חדירה אליה ומפני שיבוש בעבודתה.
 - ייתכן שהמידע יאבד, לא יישמר או לא יגיע ליעדו עקב נסיבות שאינן בשליטת החברה.
 - ייתכן שהמידע נשמר מחוץ לגבולות מדינת ישראל, והדבר עשוי להשליך את זכויותי לעניין שימושים שייעשו במידע.
- הסכמה שבחלק ב' לטופס זה תקפה כל עוד לא הודעתי בכתב על חזרתי מההסכמה.

13. ידוע לי שבהסתמך על נכונות הצהרותי לעיל, חברתכם תשלם לי את הקצבה כל ימי חיי. תשלום לבן/ת זוג או למוטב/ים או ליורש/ים, יעשה רק אך אם בחרתי במסלול המאפשר תשלום זה, ובכפוף לכך שלא ישולמו לי כל תשלומי הקצבה הנקובים במסלול אותו בחרתי.

14. ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי לקבלת קצבת פרישה חודשית לטובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "הבנק"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאימות ובדיקת תקינות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי 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 כלפיי 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."

	מספר זהות	
חתימת המבוטח *	מספר זהות	תאריך

ח. מינוי סוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר / גב' _____ מספר זהות / מספר רישיון סוכן _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לבקשתי זו ובכלל זאת להגיש ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" ולקבל מ"מגדל חברה לביטוח בע"מ" את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לבקשתי זו ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לבקשתי זו בלבד.

ט. הצהרת הסוכן

הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, וקיבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על-ידם והם חתמו לעיל לפניי.

אני מאשר בזאת כי בעת מילוי הבקשה לגמלא לא מסר המבוטח לידי פרטים שמחייבים מילוי טופס אינדיקציות על ידי המבוטח.

אני מאשר שהמסמכים התקבלו אצלי בתאריך המפורט מטה.

	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	
חתימת סוכן *	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	תאריך

י. חתימת מבקש הקצבה

הריני מבקש מגדל ביטוח בע"מ לממש את זכויותי בקבלת קצבה חודשית כאמור בבקשה זו.

	שם פרטי ומשפחה	
חתימה *	שם פרטי ומשפחה	תאריך

(מהדורה 03.2024)





המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים
סניף _____

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="10">מס' זהות</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="2"> </td><td colspan="2"> </td><td colspan="2"> </td> </tr> </table>											מס' זהות																				סוג המסמך		דפים								לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות																																										
סוג המסמך		דפים																																								

לכבוד

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה/אובדן כושר לאישה נשואה
מחודש _____ עד חודש _____ לשנת _____

פרטי המבקשת																							
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב																			
<table border="1"> <tr> <th colspan="6">כתובת</th> </tr> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>						כתובת						רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד						
כתובת																							
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																		
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:																			
				_____@_____																			
<input type="checkbox"/> אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.																							

הצהרה
<p>אני מצהירה בזאת כי בתקופה שבנדון אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי, איני מקבלת חלף שכר (כדוגמא: ימי מחלה או ימי חופשה), איני נמצאת בחל"ת ואיני מקבלת אחת מהגמלאות המחליפות שכר (דמי לידה, שמירת הריון, דמי פגיעה ופש"ר), כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".</p> <p>לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי. אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.</p> <p>תאריך _____ חתימת המבקשת * _____</p>

כרטיס עובד⁽¹⁾

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993



שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
מגדל חברה לביטוח בע"מ	ת"ד 3778, קרית אריה, פתח תקווה מיקוד 4951106	03-9201010	9 3 0 0 0 9 4 8

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה	מין
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת פרטית	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני		
רחוב	מיקוד	עיר/יישוב	קידומת	קידומת	
חבר קיבוץ/מושב שיתופי	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר בקופת חולים		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. הכנסותיי ממעסיק זה מועברות לקיבוץ	<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה		
<input type="checkbox"/> כן. הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ ⁽⁸⁾ .	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
	<input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)				

ג. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

ד. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

סמ"י/√ ליד שם הילד:	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך	בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מ"ל
1	שם	מספר זהות
2	שם	מספר זהות
	תאריך לידה	

ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה⁽¹⁾

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש⁽²⁾ שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾ קצבה⁽⁶⁾

משכורת חלקית⁽⁴⁾ מלגה⁽¹⁾

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמ"י:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו, איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת⁽⁷⁾

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו⁽⁸⁾

ו. אישורים מצ"ב

אישור פקיד השומה לתיאום מס.

ז. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות

- אני נכה 100% / עיוורת / לצמיחת. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.94.1.
- אם לא סומן בחלק ה"כ" אין לי הכנסות אחרות ממשכורת, מקצבה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
- בנוסף, אני מקבל תגמול חודשי לפי חוק הנכים (תגמולים ושילומים) או לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה⁽¹²⁾. יש לצרף אישור על קבלת תגמול זה.
- אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה⁽⁹⁾. מתאריך _____, אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.
- אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹⁰⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 4 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
- בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ד. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹¹⁾.
- מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____, מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____, מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
- מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____, מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____, מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
- אני הורה יחיד⁽¹¹⁾ לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיף 4-5 לעיל).
- בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ד ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
- אני הורה ל _____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמולת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמולת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
- בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. (מצורף פסק דין).
- בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ח. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרת/י בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשטחה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. - "מעסיק" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מלגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת.
- (2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
- ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קצבה - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (9) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.
- (10) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (11) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (12) עובד ימלא משבצת זו (ב') - רק בתנאי שמילא את המשבצת בסעיף 1' א' ורק כך יהיה זכאי לתקרת הפטור הגבוהה.



טופס זה ימולא ע"י יחיד שהגיע לגיל פרישה⁽¹⁾ לפני 1.1.12 ומקבל קצבה מזכה⁽²⁾ יחידה המבקש לקבל את הפטור הנוסף⁽³⁾ ממשלם הקצבה.

לכבוד: משלם הקצבה

בקשה לקבלת "הפטור הנוסף" בחישוב ניכוי המס מהקצבה המזכה למי שהגיע לגיל פרישה לפני יום התחילה - 1.1.12

א. פרטי מקבלת הקצבה

תאריך לידה / /	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
מספר טלפון		כתובת מלאה	
קידומת	מיקוד	יישוב	מס' בית/דירה רחוב

ב. בקשה לקבלת הפטור הנוסף בחישוב ניכוי המס מהקצבה המזכה

1. בתאריך / / הגעתי לגיל פרישה

2. אני הח"מ מבקש/ת לקבל את הפטור הנוסף בעת ניכוי המס מהקצבה המזכה על ידי משלם הקצבה.

ג. הצהרות וחתומות

1. אני מצהיר/ה בזאת כי החל מיום 1.1.2012 ועד היום, לא משכתי סכומים מקופת גמל או ממעסיק בדרך של היוון קצבה בפטור ממס לפי סעיף 9א(ה) לפקודת מס הכנסה.

2. אני מצהיר/ה בזאת כי לא קיבלתי אישור מפקיד השומה לעניין ניכוי המס מהקצבה המזכה.

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים, מלאים ומדויקים וידוע לי כי אני צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק בגין השמטה או מסירת פרטים לא נכונים.

_____ תאריך
 _____ שם מלא
 _____ חתימה

(1) "גיל פרישה" - כהגדרתו בחוק גיל פרישה, תשס"ד-2004.

(2) "קצבה מזכה" - סך כל הקצבאות שמקבל אדם למעט קצבה מוכרת. לעניין זה - קצבאות שמקבל אדם מביטוח לאומי וכן קצבת שארים מקופת גמל או ממעסיק לשעבר, לא ייחשבו כקצבה מזכה.

(3) "הפטור הנוסף" - שיעור הפטור ממס החל על הקצבה המזכה, הקבוע בסעיף 9א(ב) לפקודת מס הכנסה, העולה על 35%.

דברי הסבר

יחיד המקבל קצבה מזכה יחידה, שהגיע לגיל פרישה לפני יום 1.1.12, שמנוכה מס מקצבתו ללא פטור, ושלא קיבל אישור מפקיד השומה לעניין ניכוי המס מהקצבה המזכה, יכול לבקש ממשלם הקצבה כי בחישוב ניכוי המס מהקצבה המזכה יינתן לו הפטור הנוסף. בקשה כאמור תוגש למשלם הקצבה פעם אחת על גבי טופס זה. מקבל קצבה שלא מתקיימים לגבי כל התנאים המפורטים לעיל או שברצונו לבחון את חישוב המס הכולל על הקצבה המזכה, יוכל לפנות לפקיד השומה בצירוף המסמכים המפורטים להלן:

א. טופסי 161 (הודעת מעסיק על פרישה) בשל שנות העבודה שבשלהן משולמת לו הקצבה המזכה, בהם יפורטו כל סכומי מענקי הפרישה שהועמדו לרשות מקבל הקצבה במועד פרישתו מהעבודה.

ב. תלוש קצבה / תלוש משכורת אחרון.

ג. פרטים על הכנסות נוספות, ככל שישנן.

הדברים המובאים לעיל הם דברי הסבר ייחידים המיועד להבהיר רחוק, התקנות או כל כלל אחר שיקבע.

עמוד 10 מתוך 10 דפים