מספר תיק ניכויים

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

בקשה למשיכת כספים מקופת "מגדל חיסכון לילד"

טופס מספר **429**

השדות המסומנים בכוכבית (*) בכל הטופס הינם שדות חובה למילוי

א. פרטי הילד / העמית

מספר זהות / דרכון*	שם משפחה*	שם פרטי*	תאריך לידה	תאריך פטירה

יישוב*	כתובת מגורים (רחוב)*	מס' בית*	מס' דירה*	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון

מספר טלפון נייד*	דואר אלקטרוני*

☐ אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות sms

☐ אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות הדוא"ל

מען למכתבים - אם שונה מהכתובת הרשומה מעלה

יישוב*	כתובת מגורים (רחוב)*	מס' בית*	מס' דירה	ת"ד	מיקוד

ב. סיבת המשיכה

☐ הילד הגיע לגיל 18 (חובה למלא את סעיף ו' אישור הורים)

☐ לצורך טיפול רפואי של הילד

☐ הילד הגיע לגיל 21

☐ הילד נפטר

ג. תיאור הבקשה

אני מבקש למשוך כספים הרשומים לזכותי באופן הבא (נא לסמן במקום המתאים):

☐ משיכה מלאה

☐ משיכה חלקית בסך _____ ש"ח

ד. פרטי חשבון בנק לזיהוי

> במקרים בהם לילד מלאו 18 שנים, חשבון הבנק יהיה חשבון הבנק של הילד.

> במקרים בהם הבקשה למשיכת הכספים הינה לצורך טיפול רפואי של הילד או במקרה של פטירת הילד, חשבון הבנק יהיה של ההורה.

שם בעל החשבון (שם משפחה ופרטי)*	מספר חשבון בנק*	שם בנק*	קוד בנק	שם הסניף	מספר סניף*

תאריך

חתימת בעל החשבון ★

ה. מסמכים שיש לצרף לבקשה

נא לסמן ליד כל מסמך שצורף לבקשה

☐ העתק תעודת זהות או דרכון בתוקף של הילד

☐ העתק המחאה או אישור ניהול חשבון של הילד

☐ העתק תעודת זהות או דרכון בתוקף של ההורה המאשר (אם נדרש)

ו. פרטי ההורה המאשר במקרה בו הילד הגיע לגיל 18 וטרם הגיע לגיל 21

אם הילד הגיע לגיל 18 וטרם הגיע לגיל 21 יש לצרף גם את חתימת ההורה (ההורה הביולוגי של הילד הזכאי, הורה מאמץ או אפוטרופוס) המאשר את משיכת הכספים.

אני מאשר לבני/ביתי הרשומים מעלה, למשוך את הכספים שנצברו לזכותו בקופת חיסכון לכל ילד.

מספר זהות / דרכון*	שם משפחה*	שם פרטי*	תאריך לידה

יישוב*	כתובת מגורים (רחוב)*	מס' בית*	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון

מספר טלפון נייד*	דואר אלקטרוני*

תאריך

חתימת ההורה ★

מק"ט 810200008 (מהדורה 06.2025)

1518

מספר תיק ניכויים

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

ז. הצהרות

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.
אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע יכולה למנוע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים.
אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.
ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן.
בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedge@migdal.co.il.
מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security או באפליקציית מגדל.

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי הם נכונים ומלאים.

תאריך		**חתימת הילד** ★		תאריך		**חתימת ההורה** ★	

מק"ט 810200008 (מהדורה 06.2025)

1518