

בקשה למשיכת כספים מחשבונות בעלי יתרה צבורה נמוכה

בהתאם לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (משיכת כספים מקופת גמל) (סכומים נמוכים), התשע"ז - 2016 ("תקנות סכומים נמוכים").

אנליסט

ANALYST

אנליסט קופות גמל בע"מ

Analyst Provident Funds Ltd.

יש לצרף צילום ת.ז של העמית/מבצע הפעולה וצילום המחאה/אסמכתא מהבנק של החשבון המוזכר וכן כל טופס אחר הנדרש בהתאם לקבוע בבקשה ו/או בנהלי החברה ו/או תקנונה. נא למלא את המקומות המודגשים.

לכבוד אנליסט קופות גמל בע"מ

הנני נותן לכם הוראה למשוך כספים מקופת גמל שפרטיה מצוינים להלן בהתאם לתקנות סכומים נמוכים:

א. פרטי העמית

שם העמית	מס' ת.ז.	ת.ז.	תאריך לידה	מין	נ/ז
טלפון בית	טלפון עבודה	דואר אלקטרוני	נייד		
כתובת בית	דואר אלקטרוני				
מס' חשבון עמית	שם הקופה:	אנליסט מסלולי-קופת גמל			
	חשבון	קייזמת			

מבצע פעולה: עמית מיופה כוח אפטרופוס הורים אחר _____

מעמד עמית: עמית שכיר עמית עצמאי עמית קטין

ב. פרטי מבקש הבקשה שאינו העמית

בנוסף למסמכים המוזכרים לעיל על כל אחד מהגורמים הבאים לצרף צילום ת.ז. וכן את המסמכים הבאים, בהתאמה: **מיופה כוח** - יפוי כוח מקורי/נאמן למקור. **כל הורה** - ספח של ת.ז. בו מופיעים פרטי הקטין. **אפטרופוס על פי מינוי** - צו מינוי מקורי/נאמן למקור. **זכאי מכוח החלטה שיפוטית** - החלטה שיפוטית מקורית/נאמן למקור חתום על ידי הערכאה השיפוטית. **מבקש הבקשה** מיופה כוח הורים (יש למלא ולהתחייב את שני ההורים) אפטרופוס זכאי מכוח החלטה שיפוטית

שם מלא	ת.ז.	ת.ז.	ת. לידה	טל.	דואר אלקטרוני
שם מלא	ת.ז.	ת.ז.	ת. לידה	טל.	דואר אלקטרוני

ג. נא להעביר את מלוא הכספים הניתנים למשיכה מתוך הקופה לזכות החשבון שלהלן*

שם בנק	מס' בנק	שם סניף	מס' סניף	מס' חשבון	על שם
--------	---------	---------	----------	-----------	-------

*לעניין כספי פיצויים המופקדים בקופה (ככל שישנם) משיכתם בפטור ממס תאפשר רק במידה והעמית הציג מסמכים המעידים על עצם הזכאות למשיכתם (טופס 161 חתום בידי המעסיק שהפקיד את הפיצויים או לחילופין אישור המעסיק לתשלום הפיצויים). בעת טיפול בבקשה למשיכה מהקופה הכוללת רכיב כספי פיצויים ללא שחרור מעסיק או טופס 161 כאמור לעיל-תבוצע משיכה של כספי התגמולים בלבד.

הצהרות העמית/מבקש הבקשה

- ידוע לי ומוסכם עליי שבמידה ולא יתקיים לגבי אחד מהתנאים המפורטים בסעיף 6 להלן הקופה לא תכבד את בקשת למשיכת הכספים בפטור ממס וביצוע משיכה בלא שמתקיימים לגביה כל התנאים המפורטים בהוראת השענה תחשב משיכה בניגוד לדיון והקופה תנכה מס במקור ע"פ הוראות הדיון.
- במקרה שהסכום ששולם על ידי הקופה על פי בקשה זו יעלה על הסכומים המגיעים על פי ספרי הקופה (להלן: "הסכום העודף"), הנני מתחייב להחזיר לקופה את כל הסכום העודף מיד עם דרישתה הראשונה של החברה המנהלת.
- ידוע לי, כי אנליסט קופות גמל בע"מ תהא רשאית לקדו מהכספים הנמשכים כל סכום כסף שהינו בחזקת חוב אשר העמית נותר חב כלפיה ו/או כלפי הקופה מכל סיבה שהיא במהלך היותו עמית בקופה.
- ידוע לי ומוסכם עליי, כי הטיפול בבקשת משיכה יעוכב במידה וטופס הבקשה לא מולא ונחתם כנדרש ו/או לא הוגשו במסגרתה כל המסמכים הנדרשים, ו/או שהמסמכים לא הגיעו בצורה ברורה וקריאה.
- ידוע לי, כי התנאים להגשת בקשת המשיכה וביצועה כפופים לנהלי החברה, לתקנונה, להוראות כל דיו ו/או הסכם, כפי שהיו באותה עת.
- אני מאשר כי למיטב ידיעתי כל התנאים הבאים מתקיימים:** (א) היתרה הצבורה בכל חשבונותיי (תגמולים+קצבה+פיצויים) בקופת הגמל לא עלתה על 8,000 ש"ח נכון ליום 12.15.16. (ב) כפוף לסעיף 7 להלן, הסכום האמור יעודכן מדי שנה ב-1 בינואר לפי שיעור עליית המדד שהיה ידוע באותו מועד. יום העדכון הראשון- לעומת המדד שהיה ידוע ב-1.1.16 (מדד דצמבר 2015). (ג) בחשבון מענו מתבקשת המשיכה לא הופקדו כספים החל מיום 01.01.14 ואילך. (ד) החל מיום 1.1.2014 לחשבון שממנו מתבקשת המשיכה לא הועברו כספים (באופן מלא או חלקי) מקופות גמל אחרות. החל מיום 1.1.2014 מהחשבון שממנו מתבקשת המשיכה לא הועברו כספים (באופן מלא או חלקי) אל קופת גמל אחרת.

ד. תהליך המשיכה

את טופס המשיכה והמסמכים הנדרשים יש לשלוח **בדואר** למשרדנו: אנליסט קופות גמל בע"מ שד' רוטשילד 46, תל אביב 6688312 או לדוא"ר gemel@analyst.co.il או לפקס שמספרו 03-7147143. רק במידה וטופס זה מולא כראוי והעמית עומד בכל התנאים המפורטים בסעיף 6 לעיל וצורפו אליו כל המסמכים הנדרשים, לרבות אימות חתימה ככל שידרש בהתאם לנהלי החברה, יועברו הכספים לחשבון שפרטיו צוינו לעיל בתוך 4 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה. ואולם, אם חל מועד העברת הכספים באחד מ-3 ימי העסקים הראשונים של החודש, יועברו הכספים ביום העסקים הרביעי של אותו חודש. במועד התשלום, תיזקף לחשבון תשואה אחרונה שנצברה עד 2 ימי העסקים שקדמו למועד התשלום.

ה. אישור סוכן פנסיוני

שם מלא	ת.ז.	סוכנות	תאריך	חתימה
--------	------	--------	-------	-------

ו. אישור נציג הקופה

שם המאמת/ת	תפקיד	תאריך	חתימה וחותמת הקופה
------------	-------	-------	--------------------