

טופס בקשה למשיכת כספים מקופת חיסכון לכל ילד

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

935932046 מספר תיק ניכיים
 אנליסט קופת גמל בע"מ שם החברה המנהלת
 אנליסט חיסכון ארוך טווח לילד שם קופת הגמל

א. פרטי הילד

שם משפחה* שם פרטי* ת.ד. רחוב* מס' בית דירה מיקוד
 תאריך לידה תאריך פטירה
 ת.ז. / דרכון
 יישוב* טלפון נייד* טלפון קווי
 כתובת דוא"ל

אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות הדוא"ל אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות SMS

מען למכתבים (במידה והכתובת שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

יישוב* ת.ד. רחוב* מס' בית דירה מיקוד

ב. סיבת הפנייה למשיכת הכספים

הילד הגיע לגיל 18 (חובה למלא את סעיף ו' אישור ההורים) לצורך טיפול רפואי של הילד
 הילד הגיע לגיל 21 הילד נפטר

ג. משיכת כספי החיסכון

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

משיכה מלאה משיכה חלקית - בסך _____ ש

ד. פרטי חשבון הבנק אליו אני מעוניין לקבל את הכספים

לידיעתך:

- 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 משפחה של בעל החשבון* שם פרטי של בעל החשבון* מס' חשבון* שם הבנק* קוד הבנק שם הסניף* מס' הסניף*

חתימת בעל החשבון

ה. מסמכים נוספים שיש לצרף לבקשה: (נא לסמן ✓ ליד כל מסמך שצירפת לבקשה):

- העתק תעודת זהות או דרכון בתוקף של הילד. ככל שתעודת הזהות הינה ביומטרית, יש להעביר צילום של שני צידי התעודה.
- העתק תעודת זהות + ספח בו מופיעים פרטי הילד או דרכון בתוקף של ההורה המאשר (אם נדרש). ככל שתעודת הזהות הינה ביומטרית, יש להעביר צילום של שני צידי התעודה.
- העתק המחאה או אישור ניהול חשבון הבנק של הילד או של ההורה, לפי העניין.
- אישור רופא מוסמך במקרה של משיכה בשל מצב רפואי של הילד.



ו. אישור הורים לילד מגיל 18 עד גיל 21

אם הילד הגיע לגיל 18 וטרם הגיע לגיל 21 יש לצרף גם את חתימת ההורה¹ המאשר את משיכת הכספים. אני מאשר לבני/בתי _____ ת.ז. _____, למשוך את הכספים שנצברו לזכותו בקופת חיסכון לכל ילד.

פרטי ההורה המאשר:

_____ שם פרטי*
 _____ שם משפחה*
 _____ מס' זהות / דרכון*
 _____ תאריך לידה
 _____ יישוב*
 _____ ת.ד.
 _____ רחוב*
 _____ מס' בית
 _____ דירה
 _____ מיקוד
 _____ טלפון קווי
 _____ טלפון נייד*
 _____ כתובת דוא"ל
 _____ תאריך חתימה _____ חתימת ההורה X

על ההורה הנוסף למלא סעיף זה במקרים בהם נדרש על פי הוראת הדין²:

_____ שם פרטי*
 _____ שם משפחה*
 _____ מס' זהות / דרכון*
 _____ תאריך לידה
 _____ יישוב*
 _____ ת.ד.
 _____ רחוב*
 _____ מס' בית
 _____ דירה
 _____ מיקוד
 _____ טלפון קווי
 _____ טלפון נייד*
 _____ כתובת דוא"ל
 _____ תאריך חתימה _____ חתימת ההורה X

ז. הצהרה

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

_____ תאריך _____ חתימה X
חתימת הילד
 _____ תאריך _____ חתימה X
חתימת הורה
 _____ תאריך _____ חתימה X
חתימת הורה³

1. ההורה הביולוגי של הילד הזכאי, הורה מאמץ או אפוטרופוס.
 2. במקרים בהם נדרש על פי הוראות הדין חתימת שני ההורים (לדוגמה: במקרה שהוריי הקטין אינם נשואים), יש למלא טבלה זו לגבי שניהם.
 3. במקרים בהם נדרש על פי הוראות הדין חתימת שני ההורים (לדוגמה: במקרה שהוריי הקטין אינם נשואים), יש למלא הצהרה זו לגבי שניהם.

