



בקשה לפדיון מפוליסות מסוג פרט או תגמולים לעצמאיים

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

לכבוד:

א.י.ד.א.י. – חברה לביטוח בע"מ

אגף ביטוח חיים ובריאות

רח' אפעל 35, קריית אריה, פ"ת

פקס: 03-5214738

פרטי בעל הפוליסה / המבוטח (יש לצרף צילום ת.ז.)

מספר זהות		מספר פוליסה		שם בעל פוליסה / המבוטח	
מיקוד		ישוב	מס' בית	כתובת: רחוב	
e-mail		פקס	טל. נייד	טלפון	

בקשת בעל הפוליסה / המבוטח

אני, הח"מ, מבקש בזאת מ"א.י.ד.א.י. חברה לביטוח בע"מ" לבצע הפעולות הבאות בפוליסה הנ"ל, בהתאם לפרטים שלהלן:

מרכיבי ביטוח:

ביטול כל מרכיבי הביטוח .

ביטול חלק ממרכיבי הביטוח בפוליסה כדלהלן _____ , _____ , _____ , _____ .

מרכיב החיסכון:

פדיון מלא

פדיון חלקי בסך של _____ ₪

אופן התשלום

המחאה לפקודתי בדואר לכתובת המעודכנת בחברתכם .

המחאה לפקודתי בדואר לכתובת: שם ישוב _____ רחוב _____ מס' _____ מיקוד _____

הצהרות

1. אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עלי ועל משפחתי.

2. הנני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא בעבור אחר, כנדרש עפ"י צו איסור הלבנת הון ומתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

3. הנני מאשר בזאת כי ידוע לי שפוליסה זו כפופה לתקנות קופות גמל ולפיכך פדיון הפוליסה מהווה משיכה שלא כדין בקופת גמל ומחייב ניכוי מס בהתאם להוראות מס הכנסה (סעיף זה רלוונטי רק אם הפוליסה שנפדית הינה פוליסה מסוג בכירים ישיר לעצמאיים) .

חתימת המבקש

תאריך _____

שם בעל הפוליסה/המבוטח _____

חתימת בעל הפוליסה/המבוטח _____

מצ"ב:

צילום תעודת זהות