



בקשה למשיכת כספים מקופת חיסכון לכל ילד

הטופס מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד ומיועד לנשים וגברים כאחד.
המשיכה תתבצע לאחר קבלת טפסים מלאים ותקינים בהתאם להסדר התחיקתי ונהלי החברה.
שדות המסומנים ב- * הם שדות חובה

| מספר תיק ניכויים | שם החברה המנהלת | שם החברה המנהלת |
|-------------------|-----------------------|-----------------|
| 9 3 6 0 4 4 1 3 0 | קל גמל חיסכון לכל ילד | סלייס גמל בע"מ |

א. פרטי הילד

| שם משפחה* | שם פרטי* | מס' זהות/דרכון* | תאריך לידה | תאריך פטירה |
|---|----------|--|----------------|-------------|
| | | | | |
| רחוב / ת.ד. | | מס' בית | כניסה | דירה |
| | | | | |
| כתובת דוא"ל | | מס' טלפון נייד | מס' טלפון קווי | |
| @ | | | | |
| <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות הדוא"ל | | <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות SMS | | |

| מען למכתבים (במידה והכתובת שונה מהכתובת הרשומה למעלה) | | | | | |
|---|---------|-------|------|-------|-------|
| רחוב / ת.ד. | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| | | | | | |

ב. סיבת הפנייה למשיכת הכספים

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

הילד הגיע לגיל 21

לצורך טיפול רפואי של הילד

הילד נפטר

ג. משיכת כספי החיסכון

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

משיכה מלאה

משיכה חלקית - בסך _____ ₪

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 * | שם הבנק* | קוד הבנק* | מספר סניף* | מספר חשבון* |
|--------------------------|-------------------------|----------|-----------|------------|-------------|
| | | | | | |

חתימת בעל החשבון: X _____

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

- העתק תעודת זהות או דרכון בתוקף של הילד.
- העתק תעודת זהות או דרכון בתוקף של ההורה המאשר (אם נדרש).
- 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/ביתי _____ ת.ז. _____, למשוך את הכספים שנצברו לזכותו בקופת חיסכון לכל ילד.

פרטי ההורה המאשר²:

| שם משפחה* | | שם פרטי* | | | מס' זהות/דרכון* | | תאריך לידה |
|-------------|------|----------|----------------|------|-----------------|-------|------------|
| רחוב* | ת.ד. | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב* | מיקוד | |
| כתובת דוא"ל | | | מס' טלפון נייד | | מס' טלפון קווי | | |
| @ | | | | | | | |

תאריך חתימה: _____ חתימת ההורה: X _____

הצהרה³:

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

תאריך חתימה: _____ חתימת הילד: X _____

תאריך חתימה: _____ חתימת ההורה: X _____

¹ ההורה הביולוגי של הילד הזכאי, הורה מאמץ או אפוטרופוס.
² במקרים בהם נדרש על פי הוראות הדין חתימת 2 ההורים יש למלא טבלה זו לגבי שניהם.
³ במקרים בהם נדרש על פי הוראות הדין חתימת 2 ההורים יש למלא הצהרה זו לגבי שניהם.