

טופס בקשה למשיכת כספים מקופת חיסכון לכל ילד

שם החברה המנהלת	שם קופת הגמל	מספר תיק ניכויים
מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ	מיטב דש חיסכון לכל ילד	936010354

השדות המסומנים ב-* הינם שדות חובה.

א. פרטי הילד					
שם משפחה*	שם פרטי*	מספר ת.ז./דרכון*		תאריך לידה	תאריך פטירה
רחוב / ת.ד.*	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב*	מיקוד
טלפון קווי <input type="checkbox"/> טלפון נייד* <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות SMS					
כתובת דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות הדואר האלקטרוני					

מען למכתבים (במידה והכתובת שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב / ת.ד.*	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב*	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 נדרש לקבל אישורים רפואיים שנתנו על ידי רופא מטעם ביטוח לאומי

הילד נפטר

ג. משיכת כספי החיסכון

אני מבקש למשוך כספים הרשומים לזכותי באופן הבא (נא לסמן v 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*	מספר חשבון*	שם הבנק*	קוד הבנק	שם הסניף*	מספר סניף*

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

