

הטופס כתוב בלשון זכר אך מתייחס לזכר ולנקבה כאחד

 יש למלא את הטופס בשני העתקים:
 1 - העתק לקופת הגמל
 2 - העתק לעמית

הצהרה על זכאות לפטור מניכוי מס במקור בגין ריבית ורווחים אחרים שמושך עמית מקופת גמל לתגמולים

טופס זה מיועד לעמית שהצהיר כי לא משך סכומים מקופת גמל לתגמולים אחרת בשנת המס

לעניין קופת גמל לתגמולים שהיא תוכנית ביטוח מאושרת, יקראו "עמית" = "מבוטח" ו"הפקדות" = "פרמיות"

פרטי המושך (אם אינו העמית - יש לצרף אסמכתאות על זכאותו לכספים שבחשבון העמית)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	הקירבה לעמית	מין
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מספר טלפון			כ ת ו ב ת		

פרטי העמית

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	הקירבה לעמית	מין
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מספר טלפון			כ ת ו ב ת		

פרטי החשבון בקופת הגמל/הפוליסה בחברת הביטוח

חברת הניהול/הביטוח	שם קופת הגמל/הפוליסה	מספר חשבון/פוליסה	סוג עמית	סכום המשיכה	תאריך הצטרפות
			<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי		

הצהרת העמית/המושך (ימולא ע"י העמית, אפטרופסו או יורשו)

אני מבקש למשוך כספים מקופת הגמל שפרטיה מצויינים לעיל, ולצורך מתן פטור מניכוי מס במקור, הנני מצהיר בזאת כדלקמן (סמן ÷ בריבוע המתאים):

 מתקיים לגבי גיל הזכאות הקבוע בסעיף 9(א18) לפקודה⁽¹⁾
 לא משכתי כספים מקופות גמל לתגמולים אחרות בשנת המס

 תאריך פטירת העמית _____ / _____ / _____ (מצ"ב תעודת פטירה)

 משכתי כספים מקופות גמל לתגמולים _____ המנוהלות ע"י אותו בנק/גוף מנהל

 מצ"ב המסמכים המפרטים את משיכותי בשנת המס

 סה"כ ההפקדות בקופת הגמל לתגמולים, בכל אחת משנות המס שבהן הייתי עמית בחשבון בקופת הגמל שפרטיה מצויינים לעיל, לא עלו על תקרת ההפקדה המוטבת כמשמעותה בסעיף 9(א18) לפקודת מס הכנסה [ראה פירוט סכומי ההפקדה המוטבת⁽²⁾].

 מצ"ב כל המסמכים⁽³⁾ להוכחת זכאותי לפטור מניכוי מס במקור בגין סכומי הריבית והרווחים האחרים שנצברו בחשבון האמור בקופת הגמל שפרטיה צויינו לעיל, ואני מצהיר שכל הפרטים המצויינים לעיל נכונים ומלאים.

ידוע לי, כי פקיד השומה רשאי לבדוק את אמיתות הצהרתי ולחייבני במס כדין בגין הסכומים שמשכתי, וזאת במידה ויימצא כי הצהרתי אינה נכונה. כמו-כן, ידוע לי כי בגין הצהרה שאינה נכונה אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק.

חתימה

שם

תאריך

הצהרת הפקיד המטפל

אני מאשר בזה כי הבקשה מיום _____ התקבלה ביום _____ ובדקתי את פרטיו של העמית.

יועבר לתשלום ביום _____.

חותמת הקופה/חברת הביטוח

חתימה

שם

תאריך

