

בקשה למשיכת כספים מקופת חיסכון לכל ילד

שם החברה המנהלת	שם קופת הגמל	מספר תיק ניכויים
מור	חיסכון לכל ילד	936130780

א. פרטי הילד

שם משפחה*	שם פרטי*	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה	תאריך פטירה
כתובת				
טלפון קווי	טלפון נייד*	כתובת דוא"ל		

- אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות sms
 אני מאשר קבלת הודעות הקשורות למשיכה באמצעות הדוא"ל
 * שדות חובה

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 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*	מס' הסניף*

* שדות חובה

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

ו. אישור הורים לילד מגיל 18 עד גיל 21

- אם הילד הגיע לגיל 18 וטרם הגיע לגיל 21 יש לצרף גם את חתימת ההורה² המאשר את משיכת הכספים.
 אני מאשר לבני/ביתי _____ ת.ז. _____ למשוך את הכספים שנצברו לזכותו בקופת חיסכון לכל ילד.

פרטי ההורה המאשר:

שם משפחה*		שם פרטי*		מס' זהות/דרכון*		תאריך לידה
יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
מס' טלפון		מס' טלפון נייד*		דואר אלקטרוני*		

*שדות חובה

חתימת ההורה: X _____ תאריך חתימה: _____

ז. הצהרה:

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

חתימת הילד: X _____ תאריך חתימה: _____

חתימת ההורה: X _____ תאריך חתימה: _____

2. ההורה הביולוגי של הילד הזכאי, הורה מאמץ או אפוטרופוס.