

**בקשה לקבלת אנונה - BEST INVEST**

**לקוח/ה יקר/ה,**

פוליסת הביטוח אשר ברשותך מבטיחה לך ביטחון כלכלי ותסייע לך ולקרוביך בעת קרות מקרה הביטוח. לפיכך, אנו ממליצים לך לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד השרות בחברה, בטלפון \*3543, לקבלת הסבר בנוגע למשמעות פדיון וקבלת סיוע במציאת פתרון חלופי.

| 1. פרטי המבוטח (יש לצרף צילום תעודת זהות) |                |         |
|-------------------------------------------|----------------|---------|
| שם משפחה                                  | שם פרטי        | מס' ת"ז |
| כתובת                                     |                |         |
| מס' טלפון בבית                            | מס' טלפון נייד |         |
| דוא"ל                                     |                |         |

| 2. הצהרת FATCA                                                                                                                                                  |                                                         |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| א. האם אתה אזרח ארצות הברית?                                                                                                                                    | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | ב. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? |
| אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו.                   |                                                         |                                       |
| תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת המבוטח: X _____                                                                                                                |                                                         |                                       |
| <b>לתשומת ליבך:</b>                                                                                                                                             |                                                         |                                       |
| אם סימנת "כן" בשאלת אזרחות ו/או תושבות ארצות הברית, נא צרף טופס W9 ובנוסף ציין את מספר הזיהוי הפדרלי שלך בארצות הברית. (U.S. TIN) _____                         |                                                         |                                       |
| אם אינך אזרח ותושב לצרכי מס בארצות הברית, אך נולדת בארצות הברית, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית. ניתן להוריד את הטפסים מאתר החברה. |                                                         |                                       |

| 3. הצהרת CRS                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|
| האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)?                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |                                          |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                |                                          |
| אם סימנת "כן", נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה.                                                                                                                                                                                                |                                |                                          |
| שם פרטי (אנגלית)<br>First Name                                                                                                                                                                                                                                                                                        | שם משפחה (אנגלית)<br>Last Name |                                          |
| מדינה תושבות המס<br>Tax Residency Country                                                                                                                                                                                                                                                                             | TIN<br>מס' משלם מס מקומי       | כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית) |
| מדינה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | מס' משלם מס מקומי              | רחוב ומס' בית<br>Street and number       |
| מדינה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | מס' משלם מס מקומי              | מיקוד<br>ZIP Code                        |
| מדינה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | מס' משלם מס מקומי              | עיר<br>City                              |
| אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצוינות לעיל. אם אחת מהמדינות המצוינות לעיל מדינה בת דיווח, יועבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדיון. |                                |                                          |
| תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת המבוטח: X _____                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |                                          |

| 4. הנחיות המבוטח לקבלת אנונה BEST INVEST                                                    |                       |                        |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| פוליסה מספר:                                                                                | תשלום חודשי קבוע בשר: | תשלום חודשי לתקופה של: | תשלום אנונה החל מחודש: |
| _____                                                                                       | ש _____               | _____                  | _____                  |
| <b>לתשומת לבך:</b> כמתחייב בחוק, ייתכן כי ינוכה מס מרווחים מכספי הפדיון. *התשלום צמוד למדד. |                       |                        |                        |

| 5. פרטי חשבון בנק להעברת הכספים (יש לצרף צילום שיק מבוטל או אישור לניהול חשבון) |         |           |          |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|----------|------------|------------|
| שם בעל החשבון                                                                   | שם הבנק | מספר הבנק | שם הסניף | מספר הסניף | מספר חשבון |
| _____                                                                           | _____   | _____     | _____    | _____      | _____      |

**\*3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)  
1 מתוך 2



dt3256

## בקשה לקבלת אנונה - BEST INVEST

### 6 - הצהרות המבוטח על פי צו איסור הלבנת הון

אני \_\_\_\_\_ (שם המבוטח) בעל מספר זהות \_\_\_\_\_ מצהיר בזאת:

☐ אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון זולת בעל הפוליסה והמבוטח/עמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרה חיים והמוטבים למקרה מוות בפוליסה/בחשבון.

☐ יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים; הסיבה לכך \_\_\_\_\_

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

☐ הנהנים בפוליסה/בחשבון הם:

| שם מלא | מספר זהות | תאריך לידה או התאגדות | מען |
|--------|-----------|-----------------------|-----|
|        |           |                       |     |
|        |           |                       |     |
|        |           |                       |     |

☐ בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא כאשר המצהיר הוא תאגיד)

| שם מלא | מספר זהות | תאריך לידה או התאגדות | מען |
|--------|-----------|-----------------------|-----|
|        |           |                       |     |
|        |           |                       |     |
|        |           |                       |     |

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב לרבות אי-מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס, מהווה עבירה פלילית.

\* אם המבוטח הוא תאגיד על ההצהרה להיות חתומה בחותמת התאגיד ובחתימת המורשים לחתום מטעמו.

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ חתימת המורשים (בתאגיד): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 7 - הצהרות הלקוח

**א -** ידוע לי כי לאחר משיכת מלוא הכספים שנצברו לזכותי, הפוליסה תבוטל.

**ב -** אני מאשר בזה שלא תהיה לי כל תביעה או טענה נוספת בקשר לפדיון הכספים / או לזיכוי חשבוני בבנק ו/או משלוח הכספים באמצעות המחאה, בהתאם לבקשתי לעיל.

**ג -** ידוע לי שבמידה וקיימת הלוואה על שמי בחברת הכשרה חברה לביטוח בע"מ, יתרת ההלוואה תקוזז מיתרת הכספים המגיעים לי.

**ד -** ידוע לי כי בעת המשיכה ינוכה מהרווחים שנצברו על כספי החיסכון מס מריבית, כמתחייב בחוק. מס זה חל בפוליסות פרט בלבד.

**ה -** הצהרה לעניין - FATCA

ידוע לי שככל שאצהיר שהנני אזרח/תושב ארצות הברית או ככל הפרטים שמסרתי לחברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים

ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה - FATCA

**ו -** הצהרה לעניין - CRS

ידוע לי כי אם (1) אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס

וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים של החיסכון שלי בהתאם להוראות ה - CRS

### 8 - חתימות

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

טופס זה יש להחזיר למוקד שירות באמצעות פקס מס' 03-5167539 או באמצעות

כתובת המייל: [scan-life@hcsra-ins.co.il](mailto:scan-life@hcsra-ins.co.il)