

בקשה לפדיון - BEST INVEST אישי

לקוח/ה יקר/ה,

פוליסת הביטוח אשר ברשותך מבוטחת 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 בעל הפוליסה/מבוטח (יש לצרף צילום תעודת זהות)									
שם משפחה			שם פרטי			מס' ת"ז			
כתובת									
מס' טלפון בבית			מס' טלפון נייד			דוא"ל			

2. הצהרת FATCA				
האם אתה אזרח ארצות הברית?	כן ☐ לא ☐	האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס?	כן ☐ לא ☐	האם אתה יליד ארה"ב?
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 בעל הפוליסה/מבוטח: X _____				
אם סימנת "כן" בשאלת אזרחות ו/או תושבות ארצות הברית, נא צרף טופס W9 ובנוסף ציין את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב (U.S. TIN) _____ אם אינך אזרח ארה"ב 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 ☐ לא ☐					
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) First Name		שם משפחה (אנגלית) Last Name		מדינה תושבות המס Tax Residency Country	
TIN מס' משלם מס מקומי		מיקוד ZIP Code		כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית) רחוב ומס' בית Street and number	
מדינה		יישוב		מדינה	
Country		City		Country	
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 המצויות לעיל. אם אחת מהמדינות המצויות לעיל מדינה בת דיווח, יועבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדיון.					
תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת בעל הפוליסה/מבוטח: X _____					

4. סוג המשיכה - פוליסת BEST INVEST מספר: _____			
משיכה מלאה ☐			
משיכה חלקית באופן יחסי מכלל המסלולים על סך _____ ₪ ☐			
משיכה חלקית ממסלול/ים שלהלן: ☐			
מסלול השקעה	מסלול השקעה	מסלול השקעה	מסלול השקעה
מסלול השקעה	מסלול השקעה	מסלול השקעה	מסלול השקעה
מסלול השקעה	מסלול השקעה	מסלול השקעה	מסלול השקעה
מסלול השקעה	מסלול השקעה	מסלול השקעה	מסלול השקעה
קיזוז הלוואה ☐ מלא ☐ חלקי, בסך _____ ₪ ☐			
לתשומת ליבך: כמתחייב בחוק, ייתכן כי ינוכה מס מרווחים מכספי הפדיון.			



^dt3026

*3453

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. 6, המלאכה | הכשרה חברה לביטוח בע"מ

1 מתוך 2

5. פרטי חשבון בנק להעברת הכספים (יש לצרף צילום המחאה או אישור לניהול חשבון)			
שם בעל החשבון	בנק	מספר הסניף	מספר חשבון

6. הצהרה לפי צו איסור הלבנת הון ומימון טרור				
אני _____ בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:				
☐ אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.				
☐ יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים, הסיבה לכך _____.				
אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.				
☐ הנהנים בפוליסה הם:				
שם מלא	מס' זהות / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען
האם הנהנה תושב חוץ: ☐ כן ☐ לא במידה והתשובה כן אנא מלא שאלון 1 איש ציבור זר.				
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-2000, מהווה עבירה פלילית.				
תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה/מבוטח: X _____				
*עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין. יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין FATCA ו-CRS				

7. הצהרת בעל הפוליסה/מבוטח	
א. ידוע לי כי לאחר משיכת מלוא הכספים שנצברו לזכותי, הפוליסה תבוטל.	
ב. אני מאשר בזה שלא תהייה לי כל תביעה או טענה נוספת בקשר לפדיון הכספים ו/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 ("הכשרה" או "החברה"), 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. לצורך משיכת הכספים, אני החתום מטה נותן הרשאה להכשרה וחברות בשליטתה לקבל מידע מהבנק, באמצעות מס"ב כדי לאמת את הצהרתי בדבר חשבון הבנק שבבעלותי, ומוותר על הסודיות הבנקאית וההרשאה ועל כל טענה נגד הבנק ומורה לבנק למסור את המידע המבוקש לצורך כך.	
עד למועד הפניה למס"ב באפשרותך לחזור בך מהסכמה זו באמצעות פנייה למוקד שירות הלקוחות של חברתנו בטלפון 3453*	
ו. הצהרה לעניין FATCA	
ידוע לי שככל שאצהיר שהנני אזרח/תושב ארצות הברית או ככל שהפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח/תושב ארצות הברית וסירבתי למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.	
ז. 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 ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-CRS	

8. חתימות בעל הפוליסה/מבוטח			
תאריך	שם מלא	מספר זהות	חתימה

טופס זה יש להחזיר למוקד שירות באמצעות פקס מס' 03-5167539 או באמצעות כתובת המייל: scan-life@hcsra-ins.co.il

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il
2 מתוך 2