



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 ☐ לא ☐	ב. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס?	כן ☐ לא ☐	ג. האם אתה יליד ארה"ב?	כן ☐ לא ☐
------------------------------	---	---------------------------------------	---	------------------------	---

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 _____

לתשומת ליבך:

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 ☐ 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		כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)	
מדינה תושבות המס Tax Residency Country		מס' משלם מס מקומי		TIN	
מדינה	עיר	רחוב ומס' בית		מיקוד	ZIP Code
Country	City	Street and number			

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 בסך:	תשלום חודשי לתקופה של:	תשלום חודשי החל מחודש:
--------------	------------------	------------------------	------------------------

לתשומת לבך: כמתחייב בחוק, ייתכן כי ינוכה מס מרווחים מכספי הפדיון.

*התשלום צמוד למדד המחירים לצרכן.

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

1 מתוך 2

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, 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: X
תאריך: _____ חתימת המורשים (בתאגיד): X / _____ X / _____

7. הצהרת הלקוח

- ידוע לי כי לאחר משיכת מלוא הכספים שנצברו לזכותי, הפוליסה תבוטל.
- 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.
- ידוע לי כי בעת המשיכה ינוכה מהרווחים שנצברו על כספי החיסכון מס מריבית, כמתחייב בחוק.
- 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.
- ידוע לי כי ניתן להפסיק את המשיכה החודשית או לשנות את סכום המשיכה החודשית בכל עת באמצעות הודעה בכתב לחברה.
- במקרה פטירת המבוטח התשלום החודשי ייפסק והיתרה שנותרה בפוליסה תשולם למוטבים.
- ידוע לי כי ערך הפדיון ישולם בתשלומים חודשיים ועד לתום המועד הנקוב בבקשת התשלום או עד למועד שבו ערך הפדיון יהיה 0 (אפס).
- במקרה שבחודש התשלום האחרון היתרה הצבורה נמוכה מסכום המשיכה החודשית, המשיכה החודשית באותו חודש תהיה בגובה היתרה שנותרה.
- התשלום החודשי יבוצע בהעברה בנקאית עד ה-10 לחודש.
- הצהרה לעניין FATCA (להעתיק מהטופס הקיים סעיף ה').
- הצהרה לעניין CRS (להעתיק לפי הטופס הקיים סעיף ו').

8. חתימות

תאריך: _____ שם מלא: _____ מס' זהות: _____ חתימה: X

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

***3453**