

**בקשה למשיכת כספי הצבירה מפוליסה/ות**

פוליסה/ות מס' _____ / _____ במסלול קצבה חודשית

א. פרטי המבוטח		
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
טלפון נייד	טלפון נייד	טלפון נייד
כתובת מגורים		דוא"ל
האם אזרח ארה"ב?	האם תושב ארה"ב?	הערה חשובה לצורך יישום חוק FATCA במידה והמבוטח/בעל הפוליסה ענה "כן" על השאלה של אזרח/תושב ארה"ב יש לצרף טופס W9
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	

פרטי בן/בת הזוג במקרה והנך נשוי

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר תעודת זהות
----------	---------	------------	-----------------

ב. אבקש לשלם לי את הגמלה החל מיום _____ / _____ 01 לפי האפשרות אשר הוצעה לי במכתבכם מיום _____

ג. אבקש בזאת לעדכן את שמות המוטבים בפוליסה/ות על שמי, לפי הפירוט הבא				
שם המוטב/ת	מספר תעודת זהות	החלק באחוזים	קרבה	תאריך לידה

ד. להלן רשימת המסמכים שחובה לצרף לבקשה

☐ צילום תעודת זהות	☐ אישור פקיד השומה - חובה לצרף רק כאשר קצבה זו אינה הכנסתך היחידה
☐ המחאה מבוטלת לדוגמא	☐ טופס 101 א'

ה. פרטי הפקדה - אבקש להפקיד את הגמלה החודשית לחשבון הבנק כמפורט

שם הבנק	מס' סניף	מס' חשבון	שם בעל החשבון
---------	----------	-----------	---------------

ו. הצהרת המבוטח

הריני מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן:

- הריני מתחייב לפניכם כי החלטתי זו הינה סופית ואינה ניתנת לביטול ו/או שינוי ולא אוכל לחזור בי מהחלטתי זו
- כל האמור בהצהרה זו והפרטים שמסרתי בטופס הבקשה הינם נכונים
- הצהרה לעניין FATCA
החברה הודיעה לי כי אם אצהיר כי אני אזרח/תושב ארה"ב או אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח/תושב ארה"ב 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. חתימת המבוטח

חתימת המבוטח

תאריך

תעודת זהות

שם המבוטח

טופס בקשה זה יש לשלוח לכתובת המייל הבאה: scan-life@hcsra-ins.co.il

^dt3068

***3453**

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