

הצעה לתכנית BEST INVEST אישי - מבוטח קטן

תכנית - BEST INVEST (בסט אינווסט) אישי אינה מוכרת כקופת גמל. נדרש לצרף צילום ת.ז. כולל ספח פתוח של בעל הפוליסה והאפטרופוס.

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		ארץ לידה		עיסוק		זיקה למבוטח																													
שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		ארץ לידה		עיסוק		זיקה למבוטח																													
ידוע לי כי פרטי ההתקשרות של בעל הפוליסה יהיו בהתאם לפרטי ההתקשרות של המבוטח לרבות קבלת מסמכי פוליסה, דף פרטי ביטוח, דוחות תקופתיים וכל ההודעות הנשלחות באמצעים דיגיטליים ו/או דואר ישראל. חתימת בעל הפוליסה: X																																							
הצהרת FATCA בעל פוליסה א. האם אתה אזרח ארצות הברית? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע ☐ לא ידוע ב. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע ☐ לא ידוע ג. האם אתה יליד ארה"ב? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע ☐ לא ידוע אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע להכשרה חברה לביטוח בע"מ ("הכשרה ו/או החברה") באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו. תאריך: _____ חתימת בעל הפוליסה: 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 תעודת המעידה על יותר אזרחות אמריקאית. ניתן להוריד את הטפסים מאתר החברה.																																							
הצהרת CRS בעל פוליסה האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע ☐ לא ידוע אם סימנת "כן", נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה. <table border="1"> <thead> <tr> <th>מדינה תושבות המס Tax Residency Country</th> <th>TIN מס' משלם מס מקומי</th> <th>מיקוד ZIP Code</th> <th>רחוב ומס' בית Street and number</th> <th>יישוב City</th> <th>מדינה Country</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 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 הדיווח. תאריך: _____ חתימת בעל הפוליסה: X												מדינה תושבות המס Tax Residency Country	TIN מס' משלם מס מקומי	מיקוד ZIP Code	רחוב ומס' בית Street and number	יישוב City	מדינה Country																						
מדינה תושבות המס Tax Residency Country	TIN מס' משלם מס מקומי	מיקוד ZIP Code	רחוב ומס' בית Street and number	יישוב City	מדינה Country																																		
פרטי המבוטח <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם משפחה</th> <th>שם פרטי</th> <th>תאריך לידה</th> <th>מין ☐ זכר ☐ נקבה</th> <th>תאריך הנפקה ת"ז</th> <th>תעודת זהות</th> <th>שם פרטי</th> <th>כתובת: רחוב</th> <th>מס' בית</th> <th>כניסה</th> <th>דירה</th> <th>ישוב</th> <th>ת.ד.</th> <th>מיקוד</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> טלפון נייד _____ טלפון _____ דוא"ל _____ אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעים דיגיטליים (דואר אלקטרוני/מסרון לטלפון נייד) העדכניים הקיימים ברשות הכשרה. ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן: ☐ לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט www.hcsra.co.il בחירתך לשליחת המידע תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (ככל שקיימים). תאריך: _____ שם האפטרופוס: _____ מס. ת.ז. _____ חתימת אפטרופוס: X												שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין ☐ זכר ☐ נקבה	תאריך הנפקה ת"ז	תעודת זהות	שם פרטי	כתובת: רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	ת.ד.	מיקוד														
שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין ☐ זכר ☐ נקבה	תאריך הנפקה ת"ז	תעודת זהות	שם פרטי	כתובת: רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	ת.ד.	מיקוד																										
הצהרת FATCA מבוטח א. האם אתה אזרח ארצות הברית? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע ☐ לא ידוע ב. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע ☐ לא ידוע ג. האם אתה יליד ארה"ב? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע ☐ לא ידוע 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 המבוטח: _____ מס. ת.ז. _____ חתימת אפטרופוס בשם 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 תעודת המעידה על יותר אזרחות אמריקאית. ניתן להוריד את הטפסים מאתר החברה.																																							
הצהרת CRS מבוטח האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע ☐ לא ידוע אם סימנת "כן", נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה. <table border="1"> <thead> <tr> <th>מדינה תושבות המס Tax Residency Country</th> <th>TIN מס' משלם מס מקומי</th> <th>מיקוד ZIP Code</th> <th>רחוב ומס' בית Street and number</th> <th>יישוב City</th> <th>מדינה Country</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 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 הדיווח. תאריך: _____ שם המבוטח: _____ מס. ת.ז. _____ חתימת אפטרופוס בשם המבוטח: X												מדינה תושבות המס Tax Residency Country	TIN מס' משלם מס מקומי	מיקוד ZIP Code	רחוב ומס' בית Street and number	יישוב City	מדינה Country																						
מדינה תושבות המס Tax Residency Country	TIN מס' משלם מס מקומי	מיקוד ZIP Code	רחוב ומס' בית Street and number	יישוב City	מדינה Country																																		

*3453



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

הצעה לתכנית BEST INVEST (בסט אינווסט אישי) - עמוד 1 מתוך 8

פרטי הביטוח	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין) 01/____/____	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר ☐ 1.5% ☐ %
-------------	--	--

פרטי גביה	תשלום שוטף חודשי	סכום הפקדה חד פעמי במעמד פתיחת הפוליסה
	שם (תשלום חודשי)	שם
אופן הגביה:	☐ הוראת קבע ☐ צ'קים	מספר בנק 20, מספר סניף: 461, מספר חשבון 277146
	☐ העברה בנקאית: בנק מזרחי טפחות	(יש לצרף אישור הבנק)
לידיעתך, בהתאם למדיניות החברה, לא תתאפשר העברה לפוליסה של כספים שמקורם מחוץ לישראל ו/או מקורם במטבעות וירטואליים. כספים שיועברו לחשבון החברה בניגוד לאמור, יושבו למשלם נומינלי.		

גילוי נאות	דמי ניהול מצבירה: %	דמי ניהול מהפקדה % 0	סכום
	בהנחת ריבית שנתית של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים של %	דמי ניהול מהפקדה % 0	סכום
תאריך: _____ חתימת אפוטרופוס בשם המבוטח: X _____ חתימת בעל הפוליסה: X _____			

גוף מנהל	מסלולי השקעה	% הפקדה שוטפת חודשית	% הפקדה חד פעמית
הכשרה חברה לביטוח בע"מ	הכשרה - כללי	%	%
	הכשרה - אג"ח ממשלות	%	%
	הכשרה - אשראי ואג"ח	%	%
	הכשרה - אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות)	%	%
	הכשרה - מניות	%	%
	הכשרה - משולב סחיר	%	%
	הכשרה - עוקב מדדים גמיש	%	%
	הכשרה - עוקב מדד S&P 500	%	%
	משך תקופת ההשקעה במסלול כספי (שקלי): ☐ 6 חודשים ☐ 12 חודשים ☐ 24 חודשים	%	%
	בחר מסלול השקעה אליו יועברו הכספים מהמסלול הכספי (שקלי) בתום תקופת הבחירה:	%	%
	☐ הכשרה - כללי ☐ הכשרה - אג"ח ממשלות ☐ הכשרה - אשראי ואג"ח ☐ הכשרה - מניות ☐ הכשרה - משולב סחיר ☐ הכשרה - אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות) ☐ הכשרה - מניות ☐ הכשרה - עוקב מדדים גמיש ☐ הכשרה - עוקב מדד S&P 500 ☐ הכשרה - אלטשולר שחם - כללי ☐ הכשרה - אלטשולר שחם - אג"ח ממשלות ☐ הכשרה - אלטשולר שחם - מניות ☐ הכשרה - מיטב - כללי ☐ הכשרה - מיטב - אג"ח ממשלות ☐ הכשרה - מיטב - מניות ☐ הכשרה - מור - כללי ☐ הכשרה - מור - אג"ח ממשלות ☐ הכשרה - מור - מניות ☐ הכשרה - ילון לפידות - כללי ☐ הכשרה - ילון לפידות - אג"ח ממשלות ☐ הכשרה - ילון לפידות - מניות ☐ הכשרה - אנליסט - כללי ☐ הכשרה - אנליסט - אג"ח ממשלות ☐ הכשרה - אנליסט - מניות	%	%
אלטשולר שחם בע"מ	הכשרה - אלטשולר שחם - כללי	%	%
	הכשרה - אלטשולר שחם - אג"ח ממשלות	%	%
	הכשרה - אלטשולר שחם - מניות	%	%
מיטב ניהול תיקים בע"מ	הכשרה - מיטב - כללי	%	%
	הכשרה - מיטב - אג"ח ממשלות	%	%
מור בית השקעות ניהול תיקים בע"מ	הכשרה - מיטב - מניות	%	%
	הכשרה - מור - כללי	%	%
	הכשרה - מור - אג"ח ממשלות	%	%
ילון לפידות ניהול תיקי השקעות בע"מ	הכשרה - מור - מניות	%	%
	הכשרה - ילון לפידות - כללי	%	%
	הכשרה - ילון לפידות - אג"ח ממשלות	%	%
אנליסט ניהול תיקי השקעות בע"מ	הכשרה - ילון לפידות - מניות	%	%
	הכשרה - אנליסט - כללי	%	%
	הכשרה - אנליסט - אג"ח ממשלות	%	%
	הכשרה - אנליסט - מניות	%	%
	סה"כ	100%	100%

ניתן לבחור עד תשעה מסלולים ועד ששה גופי השקעות.	
הצגת שיעור העלות השנתית הצפויה מהווה תחזית בלבד, ומבוססת על מגוון רחב של הנחות אשר חלקן מבוסס על נתונים שנים קודמות ועל נוסחת המרה אחידה, ואשר כולן נערכו בהתבסס על המידע שהיה זמין לגוף המוסדי בתחילת שנת הדיווח שבגינה מוצגת העלות השנתית הצפויה ובהתאם לנתונים האמורים. שיעור ההוצאות הישירות הצפוי בשל ביצוע השקעות מוצג לכל מסלול השקעה ובהתאם לצבירה בכל מסלול השקעה יחסית לצבירה הכוללת בכל מסלולים. אי לכך, אין בהצגה זו בכדי לחייב את הגוף המוסדי לגביית עלויות בהתאם לשיעור העלות השנתית הצפויה, וכי השיעור בפועל יקבע בין היתר, בהתאם להשקעות שיבוצעו במהלך השנה, לתשואות שיושגו במהלך השנה על כספי העמיתים במסלול ההשקעה ובהתאם לסך המשיכות וההפקדות שיבוצעו בחשבון במהלך השנה. כמו כן, הגוף המוסדי אינו מחויב בעדכון או שינוי שיעור העלות השנתית הצפויה על מנת לשקף אירועים או נסיבות שיחולו לאחר הצגתו.	
כל שנבחר מסלול כספי (שקלי) ולא נבחר מסלול המשך בתום התקופה, צבירת הכספים במסלול הכספי תועבר למסלול ברירת מחדל (הכשרה - כללי)	
חתימת אפוטרופוס בשם המבוטח: X _____ חתימת בעל הפוליסה: X _____	

פרטי מוטבים (ימולא על ידי בעל הפוליסה)

הנני מורה לכם בזאת לשלם לאחר מות המבוטח את חלקו בנכסי הקופה למוטבים המפורטים להלן, הסכומים ישולמו למוטבים בחלקים המצוינים ליד שמו של כל אחד מהם. ובהיעדר ציון החלקים-בחלקים שווים בניהם. לא מוגז על ידי בעל הפוליסה מוטבים, ישולמו הכספים ליורשי המבוטח על פי דין או על פי קיום צוואה.

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	זיקה למבוטח	חלק יחסי (באחוזים)
				☐ זכר ☐ נקבה		
				☐ זכר ☐ נקבה		
				☐ זכר ☐ נקבה		
				☐ זכר ☐ נקבה		

ככל שמדובר במוטב תושב חוץ (בעל דרכון) יש לציין את שם מדינת התושבות

מינוי בעל פוליסה חלופי במקרה פטירה של בעל הפוליסה

הריני מורה להכשרה כי במקרה מותי (כבעל הפוליסה) המוקדם לפני תום תקופת הפוליסה ו/או בטרם הגיעו של המבוטח לגיל 18 לפי המוקדם מבניהם, בעל הפוליסה החלופי, כמפורט להלן, יהפוך להיות בעל הפוליסה. יובהר כי החברה רשאית לבקש מסמכים עבור בעל הפוליסה החלופי, בהתאם להוראות הדין. למען הסר ספק, החברה לא תאפשר לשנות בעל פוליסה במהלך חי הפוליסה (למעט במקרה של מות בעל הפוליסה כאמור לעיל).

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	זיקה למבוטח

תאריך: _____ חתימת בעל הפוליסה: X _____

הצהרת מבוטח 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	מספר זהות / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהנה תושב חוץ: ☐ כן ☐ לא במידה והתשובה כן אגא 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: _____ שם המבוטח: _____ מס. ת.ז: _____ חתימת אפוטרופוס בשם המבוטח: X _____

*עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין. יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין **FATCA** ו- **CRS**

הצהרת בעל הפוליסה 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	מספר זהות / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהנה תושב חוץ: ☐ כן ☐ לא במידה והתשובה כן אגא 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: X _____

*עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין. יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין **FATCA** ו- **CRS**

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו, באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

א. טלפון *3453

ב. באתר האינטרנט: www.hcsra.co.il

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבטלת.

***3453**

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

הצעה לתכנית BEST INVEST (בסט אינווסט אישי) - עמוד 3 מתוך 8

הצהרות המועמד לביטוח/בעל הפוליסה

- אני הח"מ, המבוטח/בעל הפוליסה, מסכים ומבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצעה זו, אשר תנאיה מפורסמים באתר הכשרה ו/או נמצאים אצל סוכן הביטוח, ולאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי, אני מצהיר ומתחייב כדלקמן:
- כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות.
 - ידוע לי כי, המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחוזה הביטוח, דמי הביטוח, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו, ידוע לי כי אי מסירת תשובות מלאות וכנות עלול להשפיע על קבלתי לביטוח. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר, וזאת מיד עם היוודע לי דבר השינוי.
 - כל ההצהרות הנוגעות למבוטח בפוליסה זו, נמסרו על ידי כאפוטרופוס טבעי שלי.
 - ידוע לי כי ההתקשרות עם הקבוצה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת תשלום בגין הפקדה ראשונה ובאישור החברה לקבלת המועמד לביטוח.
 - אם יתברר בעתיד כי חשבוני ("להלן – "החשבון") זוכה בטעות בכספים שלא הגיעו לי, החברה תהיה זכאית לחייבני בגין סכומים אלו בצירוף רוחים עד ליום החזרתם, נוסף לכל זכות על-פי דין.
 - יובהר, כי בנוסף לדמי הניהול החברה תנכה מהחיסכון המצטבר הוצאות ניהול וביצוע השקעות, כך שחישוב התשואה במסלולי ההשקעה ויתרות הכספים שהופקדו בפוליסה ייעשה לאחר ניכוי הוצאות אלו. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מנכסי הקופה, בהתאם לבתי ההשקעות השונים, מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hcsra.co.il

קבלת שירותים מחברות בקבוצת הכשרה ביטוח:

ידוע לי ואני מסכים כי החברה תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול ו/או תפעול, שירותי ניהול השקעות, שירותי שיווק, שירותי גבייה ושירותי מיכון מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ומכל חברה קשורה/שולטת/בעלת ענין בהכשרה חברה לביטוח בע"מ ("קבוצת הכשרה ביטוח").

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חליפי, לרבות כלים דיגיטליים למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח, וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע להיתכנות תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים, המהווים פגיעה בפרטיות, וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצע אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים, שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הצהרה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור ישמר במאגרי המידע של הקבוצה ומוגן בהתאם לחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981. תשומת ליבך, לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, אך היה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לספק בפנייתך. המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או התקשרות בעסקת ביטוח ו/או מתן שירות לפוליסה קיימת ו/או טיפול בתביעות ו/או תיווך בביטוח ושיווק פנסיוני, המידע משמש את הכשרה גם לצורך עיבוד נתונים על לקוחות החברה. המידע יימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו. לפירוט בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדיו. ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.

משלוח הודעות לחברה

בהתאם להוראות סעיף 35 לחוק חוזה ביטוח, התשמ"א-1981, על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב וכל אדם אחר למסור את כל ההודעות, הבקשות וההצהרות הנוגעות לפעולות המפורטות להלן, לרבות המסמכים הנלווים להם, בכתב אך ורק למשרדי החברה באחת מן הכתובות המופיעות בתנאי הפוליסה או באתר החברה בכתובת www.hcsra.co.il, ולא למשרדי סוכן הביטוח. הערה זאת מתייחסת לפעולות הבאות: בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדה חד פעמית, בקשה להגדלת דמי ביטוח, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, היוון עם תום תקופת הביטוח, בקשה להפסקת הכיסוי הביטוחי, בקשה לקיצור או הארכה של תקופת הביטוח. וכן כל מסמך נוסף הנחוץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה.

הצהרה לעניין FATCA

החברה הודיעה לי כי אם אחזיר כי אני אזרח/תושב ארצות הברית 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 זיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA

הצהרה לעניין CRS

החברה הודיעה לי כי אם 1. אחזיר 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 החסכון שלי בהתאם להוראות ה-CRS

חתימות להצהרות מועמד לביטוח/בעל הפוליסה

תאריך: _____ שם בעל הפוליסה: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימת בעל הפוליסה: X _____
 תאריך: _____ שם המבוטח: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימת אפוטרופוס בשם המבוטח: X _____

הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברה מקבוצת הכשרה ביטוח ("להלן ביחד: "הקבוצה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטית, הודעת מסר קצר (SMS) ורשתות חברתיות ובכלל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותיי ישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבודו, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל, וכן פעולות אחרות הנלוות לשימושים האמורים ו/או הנדרשות לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של הקבוצה. ידוע לי כי בכל עת באפשרותי לחזור בי מהסכמה זו ע"י מסירת הודעה לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו www.hcsra.co.il.

תאריך: _____ שם בעל הפוליסה: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימת בעל הפוליסה: X _____
 תאריך: _____ שם המבוטח: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימת אפוטרופוס בשם המבוטח: X _____

הצהרת המשווק הפנסיוני / סוכן / עובד חברה

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל השאלות המופיעות לעיל הוצגו למועמד לביטוח ולבעל הפוליסה, והתשובות הן כפי שנמסרו לי על ידם. כמו כן, המועמד ובעל הפוליסה אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה. פרטי הביטוח המוצע הוצגו על פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על ידי הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

תאריך: _____ שם מלא: _____ מס הרישון / ת"ז: _____ חתימה: X _____

*3453

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

הצעה לתכנית BEST INVEST (בסט אינווסט אישי) - עמוד 4 מתוך 8

טופס הכר את הלקוח (בשם המבוטח)

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים.

חלק א' - פרטי זיהוי	
שם פרטי ושם משפחה (של המבוטח)	טלפון
סוג מספר מזהה ☐ ת.ז. ☐ דרכון מספר מזהה: _____ מדינת ההנפקה של הדרכון _____	
חלק ב' - בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור	
האם אתה תושב חוץ*? ☐ כן ☐ לא אם סומן כן - אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" (שאלון 1 - "איש ציבור זר"). אם סומן לא - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 שנים האחרונות? ☐ כן ☐ לא אם סומן כן - אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" (שאלון 2 - "איש ציבור מקומי").	

* **תושב חוץ** - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או שלא שווה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שווה בה על פי רישיון לישיבת קבע.

חלק ג' - זיקת הלקוח לגורם אחר
האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? ☐ כן ☐ לא אם סומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכוח: ☐ בן משפחה מדרגה ראשונה, פרט: _____ ☐ שותף עסקי ☐ מעסיק ☐ חברה בבעלות ☐ אחר, פרט: _____ * יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין ייפוי כח לצורך קבלת מידע ו/או ביצוע פעולות שם מלא: _____ ת.ז: _____

חלק ד' - פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק
☐ שכיר / שכיר בעל שליטה ☐ עיסוק: _____ שם המעסיק: _____ ☐ עצמאי: שם העסק: _____ מען העסק: _____ מחזור הכנסות שנת: _____ מהו תחום העיסוק של העסק? ☐ יהלומים ואבני חן ☐ נדל"ן ☐ סחר במתכות יקרות ☐ בלדרות ☐ סחר בנשק ☐ סחר במטבעות וירטואליים ☐ עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/ גמ"ח/ מלכ"ר ☐ מתן שירות אשראי או מתן שירות בנקסי פיננסי ☐ ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך ☐ עסק בו עיקר הפעילות במזומן ☐ הימורים חוקים ☐ אחר: _____ רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן: ☐ חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי ☐ סטודנט ☐ קטין ☐ לא עובד ☐ חבר קיבוץ ☐ אברך/ תלמיד ישיבה ☐ גמלאי, נא לציין עיסוק טרם הפרישה: _____ ☐ אחר: _____



dt3139

גרסה 09/2025

***3453**

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

הצעה לתכנית BEST INVEST (בסט אינווסט אישי) - עמוד 5 מתוך 8

חלק ה' - מטרת ההתקשרות, מקור הכספים, והפעילות המתוכננת

1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:
☐ חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים)
☐ חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים)
☐ חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים)
☐ חיסכון לגיל פרישה

2. מקור הכספים המופקדים:
האם המבוטח מבצע את ההפקדה? ☐ כן ☐ לא
אם סומן **כן** - אנא מלא סעיף זה.
☐ משכורת/קצבה ☐ תקבולים/הכנסות מעסק ☐ חסכונות שנצברו ☐ תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון
☐ מכירת עסק ☐ הלוואה ☐ ירושה ☐ פיצויי פיטורין/פרישה ☐ זכייה ☐ מכירת נכס ☐ השכרת נכס
☐ העברת כספים מקופת גמל אחרת ☐ מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____
☐ כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: _____ שם המדינה: _____
☐ תרומה ☐ אחר: _____
אם סומן **לא** - אנא מלא את טופס "גורם משלם בפוליסה" (שאלון 3)

3. המדינה ממנה התקבלו הכספים ☐ ישראל ☐ מדינה אחרת: _____
* על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.

4. סכום הפקדות שנתיים צפויות (ש"ח): _____ ☐ אין הפקדות צפויות

5. תדירות הפקדות צפויה:
☐ אין הפקדות צפויות ☐ חד פעמי ☐ חודשי ☐ רבעוני ☐ חצי שנתי ☐ שנתי
☐ אחר פרט: _____

6. אופן הפקדות הכספים בחשבון: ☐ המחאה ☐ הוראת קבע ☐ העברה בנקאית

7. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? ☐ כן ☐ לא
אם סומן **כן** - ציין את שם המדינה הזרה: _____
* על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.

8. האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? ☐ כן ☐ לא

חלק ו' - הצהרות

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? ☐ כן ☐ לא
תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימת אפוטרופוס בשם המבוטח: X _____

חלק ז' - הצהרות המבוטח

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.
תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימת אפוטרופוס בשם המבוטח: X _____

חלק ח' - שאלונים שנדרש למלא בהתאם לצורך - ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.hcsra.co.il

שאלון 1 - איש ציבור זר
שאלון 2 - איש ציבור מקומי
שאלון 3 - גורם משלם בפוליסה

חלק ט' - הגדרות:

איש ציבור זר או איש ציבור מקומי;	"איש ציבור"
תושב בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;	"איש ציבור מקומי"
תושב חוץ בעל תפקיד ציבורי בכיר בחוץ לארץ, לרבות בן משפחה של תושב חוץ כאמור או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של תושב חוץ כאמור;	"איש ציבור זר"
כהגדרתו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח-1968;	"בן משפחה"
חשבון או חוזה ביטוח חיים, כהגדרתם בצו איסור הלבנת הון;	"חשבון"
מקבל השירות, כהגדרתו בצו איסור הלבנת הון;	"לקוח"
כהגדרתו בחוק החברות, תשנ"ט-1999, ולמעט דירקטור;	"נושא משרה"
לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד בכיר בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;	"תפקיד ציבורי בכיר"

***3453**

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

הצעה לתכנית BEST INVEST (בסט אינווסט אישי) - עמוד 6 מתוך 8

שאלון 3 משלם שאינו המבוטח

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים.
יש לצרף צילום תעודת זהות.

שם המבוטח:										מס' ת.ז.									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

חלק א' - פרטי המשלם בעל הפוליסה

שם פרטי:										שם משפחה:										מין:									
תאריך לידה:										מספר מזהה:										☐ זכר ☐ נקבה									
מען:																													
ישב:										רחוב:										מספר בית:									
מיקוד:																													

הזיקה בין המשלם למבוטח:

- ☐ בן משפחה מדרגה ראשונה, פרט: _____
☐ סבא/סבתא
☐ קרוב משפחה אחר
☐ שותף עסקי
☐ מעסיק
☐ חברה בבעלות
☐ אחר _____

חלק ב' - עיסוק המשלם

☐ שכיר / שכיר בעל שליטה - שם המעסיק: _____

☐ עצמאי

שם העסק _____ מען העסק _____ מחזור הכנסות שנתי _____

מהו תחום העיסוק של העסק?

☐ יהלומים ואבני חן ☐ נדל"ן ☐ סחר במתכות יקרות ☐ בלדרות ☐ סחר בנשק ☐ עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/גמ"ח/מלכ"ר
☐ סחר במטבעות וירטואליים ☐ מתן שירות אשראי או מתן שירות בנקסי פיננסי ☐ ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך
☐ עסק בו עיקר הפעילות במזומן ☐ הימורים חוקיים ☐ אחר: _____

רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן:

☐ חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי ☐ סטודנט ☐ קטין ☐ לא עובד ☐ חבר קיבוץ ☐ אברך/תלמיד ישיבה
☐ גמלאי. עיסוק טרם הפרישה: _____

תפקיד ציבורי בכיר

האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך נמצא בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות: ☐ כן ☐ לא

במידה והתשובה חיובית אנא מלא את שאלון 2 - טופס איש ציבור מקומי

"איש ציבור" - איש ציבור זר או איש ציבור מקומי;

"איש ציבור מקומי" - תושב בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;

"בן משפחה" - זוג, אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה.

"תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד קבוע בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

חלק ג' - מקור הכספים המופקדים

נא לבחור את אחת האפשרויות מטה:

☐ משכורת/קצבה ☐ תקבולים/הכנסות מעסק ☐ חסכונות שנצברו ☐ תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון ☐ מכירת עסק
☐ הלוואה ☐ ירושה ☐ פיצויי פיטורין/פרישה ☐ זכייה ☐ מכירת נכס ☐ העברת כספים מקופת גמל אחרת ☐ השכרת נכס ☐ מתנה.

שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____

☐ כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: _____ שם המדינה: _____
☐ תרומה ☐ אחר. פרט: _____

חלק ד' - הצהרות (המשלם)

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? ☐ כן ☐ לא

תאריך: _____ שם מלא: _____ מס' ת"ז: _____ חתימת משלם חריג: X _____

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: _____ שם מלא: _____ מס' ת"ז: _____ חתימת משלם חריג: X _____



***3453**

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

הצעה לתכנית BEST INVEST (בסט אינווסט אישי) - עמוד 7 מתוך 8

מבוטח נכבד!

- בחדש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשוך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: **"החברה"**) את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"ל בחשבונך יהווה אישור על תשלום הפרמיה ללא צורך בהוכחה נוספת.
- האפשרות לשלם פרמיות לפי תכנית זו כפופה בכל מקרה להסכמת החברה ולהסכמת הבנק לפעול על פי הסדר זה.
- ההשתתפות בהסדר זה היא בשיטה הדומה להצגת הקים - והיא ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכוד בעת הצגתה.
- החברה מתחייבת בזה שלא למשוך כספים מעבר לסכומים המגיעים לה בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל הפוליסה / המשלם הפעלת הסדר זה.
- הסדר זה אפשרי גם על תשלומים בגין החזר הלוואות
- מספר פוליסה/ות _____ , _____

מספר חשבון										סוג חשבון			קוד מסלקה			
													סניף		בנק	
קוד מוסד															אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה	
409																
שם המוסד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ																

לכבוד:

בוק: _____

סניף: _____

כתובת סניף: _____

☐ הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.
או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות
הבאות:

☐ תקרת סכום לחיוב: _____ ₪.

☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום ____/____/____.

נא לסמן מועד גביה רצוי: 5 ☐ 10 ☐ 25 ☐

אם יישלחו ע"י המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/והח"מ

שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

מס' זהות / ח.פ.

כתובת:

מיקוד	מס'	ישוב	רחוב
-------	-----	------	------

נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבוננו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מיד, פעם בפעם ע"י הכשרה חברה לביטוח בע"מ, בכפוף למגבלות שסומנו (ככל שסומנו).

2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:

א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.

ב. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

ג. היה ראוי לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

ד. הנהיה רשאים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.

הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשי

הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה. בכפוף להוראות כל דיו והסכם שבינינו לבין הבנק.

ח. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

ט. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

נא אשר לו - "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (העקרונות לקביעתם): תנאי פוליסה/ות כפי שהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

תאריך: _____

חתימת בעל החשבון

קוד מסלוקה				סוג חשבון				מספר חשבון									
בנק		סניף															
קוד מוסד								אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה									
409																	

לכבוד:

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

האגף לביטוח חיים

רח' המלאכה 6

תולו 581180

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' מספר חשבונם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה, רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/י בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור לא יסגע בהתייבשותם כלפיו, וכל עוד לא יסגור את חשבונו, שנתנת על ידי ידכם.

תאריך: _____

בנק: _____

סניף:

חתימה וחותמת הסניף:



^dt3200

***3453**

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

הצעה לתכנית BEST INVEST (בסט אינווסט אישי) - עמוד 8 מתוך 8