

הצעה לתכנית BEST INVEST אישי - מבוטח קטני

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		תעודת זהות		תאריך הנפקה ת"ז		מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		מצב משפחתי גרשה/נשוי <input type="checkbox"/> אלמנה/רווקה <input type="checkbox"/>	
שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות		תאריך הנפקה ת"ז		מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		מצב משפחתי גרשה/נשוי <input type="checkbox"/> אלמנה/רווקה <input type="checkbox"/>	
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 _____			

<input type="checkbox"/> א. האם אתה אזרח ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ב. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ג. האם אתה יליד ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		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 בהצעה זו. 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.	
--	--	--	--

<input type="checkbox"/> א. האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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		כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית) כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)	
מדינה Country		מיקוד ZIP Code		רחוב ומס' בית Street and number	
יישוב City		מדינה Country		מיקוד ZIP Code	
אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצעה זו. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצוינות לעיל. אם אחת מהמדינות המצוינות לעיל מדינה בת דיור, יעבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדין.					

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות		תאריך הנפקה ת"ז		מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	
שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות		תאריך הנפקה ת"ז		מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	
ארץ לידה		כתובת: רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
ארץ לידה		כתובת: רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
טלפון ביד		טלפון		דוא"ל		מיקוד			
טלפון ביד		טלפון		דוא"ל		מיקוד			
אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעים דיגיטליים (דואר אלקטרוני/מסרון לטלפון ביד) העדכניים הקיימים ברשות הכשרה. ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן: <input type="checkbox"/> לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשרות 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 _____									

<input type="checkbox"/> א. האם אתה אזרח ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ב. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ג. האם אתה יליד ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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 בהצעה זו. 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.	
--	--	---	--

<input type="checkbox"/> א. האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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		כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית) כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)	
מדינה Country		מיקוד ZIP Code		רחוב ומס' בית Street and number	
יישוב City		מדינה Country		מיקוד ZIP Code	
אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצעה זו. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצוינות לעיל. אם אחת מהמדינות המצוינות לעיל מדינה בת דיור, יעבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדין.					



גרסה 05.2026

***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 1 מתוך 8



דמי ניהול מהחיסכון המצטבר <input type="checkbox"/> 1.5% <input type="checkbox"/> % _____	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין) 01/_____/____	פרטי הביטוח
--	---	-------------

יש לצרף צילום ת.ז. כולל ספח של בעל הפוליסה והאפטרופוס. במידה והמשלם אינו המבוטח יש לצרף צילום ת.ז. של המשלם כולל ספח ושאלון 3	סכום הפקדה חד פעמי במעמד פתיחת הפוליסה	תשלום שוטף חודשי	פרטי גביה
	ש_____ ₪	ש_____ ₪ (תשלום חודשי)	
	אופן הגביה: <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> צ'קים <input type="checkbox"/> העברה בנקאית: בנק מזרחי טפוחות , מספר בנק 20 , מספר סניף: 461 , מספר חשבון 277146 (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 נומינלית.			

דמי ניהול מצבירה: % _____	דמי ניהול מהפקדה % _____	סכום _____ ₪	גילוי נאות
סכום חד פעמי צפוי לגילי _____ בהנחת ריבית שנתית של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים של % _____			
תאריך: _____ חתימת אפטרופוס 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 - מניות סחיר	%	%	
	הכשרה - משולב סחיר	%	%	
	הכשרה - עוקב מדדים גמיש	%	%	
	הכשרה - עוקב מדדי מניות	%	%	
	הכשרה - עוקב מדד S&P 500	%	%	
		משך תקופת ההשקעה במסלול כספי (שקלי): <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> 12 חודשים <input type="checkbox"/> 24 חודשים בחר מסלול השקעה אחד אלו יועברו הכספים מהמסלול הכספי (שקלי) בתום תקופת הבחירה:	%	%
		<input type="checkbox"/> הכשרה - כללי <input type="checkbox"/> הכשרה - אלטשולר שחם - כללי <input type="checkbox"/> הכשרה - מור - כללי <input type="checkbox"/> הכשרה - אג"ח ממשלות <input type="checkbox"/> הכשרה - אלטשולר שחם - אג"ח ממשלות <input type="checkbox"/> הכשרה - מור - אג"ח ממשלות <input type="checkbox"/> הכשרה - אשראי ואג"ח <input type="checkbox"/> הכשרה - אלטשולר שחם - מניות <input type="checkbox"/> הכשרה - מור - מניות <input type="checkbox"/> הכשרה - משולב סחיר <input type="checkbox"/> הכשרה - מיטב - כללי <input type="checkbox"/> הכשרה - יליון לפידות - כללי <input type="checkbox"/> הכשרה - אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות) <input type="checkbox"/> הכשרה - מיטב - אג"ח ממשלות <input type="checkbox"/> הכשרה - יליון לפידות - אג"ח ממשלות <input type="checkbox"/> הכשרה - מניות <input type="checkbox"/> הכשרה - מיטב - מניות <input type="checkbox"/> הכשרה - יליון לפידות - מניות <input type="checkbox"/> הכשרה - מניות סחיר <input type="checkbox"/> הכשרה - אנליסט - כללי <input type="checkbox"/> הכשרה - עוקב מדדים גמיש <input type="checkbox"/> הכשרה - אנליסט - אג"ח ממשלות <input type="checkbox"/> הכשרה - עוקב מדדי מניות <input type="checkbox"/> הכשרה - אנליסט - מניות <input type="checkbox"/> הכשרה - עוקב מדד S&P 500	%	%
אלטשולר שחם בע"מ	הכשרה - אלטשולר שחם - כללי	%	%	
	הכשרה - אלטשולר שחם - אג"ח ממשלות	%	%	
מיטב ניהול תיקים בע"מ	הכשרה - אלטשולר שחם - מניות	%	%	
	הכשרה - מיטב - כללי	%	%	
מור בית השקעות ניהול תיקים בע"מ	הכשרה - מיטב - אג"ח ממשלות	%	%	
	הכשרה - מיטב - מניות	%	%	
יליון לפידות ניהול תיקי השקעות בע"מ	הכשרה - מור - כללי	%	%	
	הכשרה - אג"ח ממשלות	%	%	
אנליסט ניהול תיקי השקעות בע"מ	הכשרה - מור - מניות	%	%	
	הכשרה - יליון לפידות - כללי	%	%	
	הכשרה - 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 נתוני 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 ייקבע בין היתר, בהתאם להשקעות שיוצעו במהלך השנה, לתשואות שיושגו במהלך השנה על נכסי העמיתים במסלול ההשקעה ובהתאם לסך המשיכות וההפקדות שיוצעו בחשבון במהלך השנה. כמו כן, הגוף המוסדי אינו מחויב בעדכון או שינוי שיעור העלות השנתית הצפויה על מנת לשקף אירועים או נסיבות שיחולו לאחר הצגת.

כל שבנחר מסלול כספי (שקלי) ולא נבחר מסלול המשך בתום התקופה, צבירת הכספים במסלול הכספי תועבר למסלול ברירת מחדל (הכשרה - כללי)

חתימת אפטרופוס בשם המבוטח: X _____ חתימת בעל הפוליסה: X _____

05.2026 גרסה



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)
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> 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 מביניהם, בעל הפוליסה החלופי, כמפורט להלן, יהפוך להיות בעל הפוליסה. ובהרבה רשאת 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 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: _____ שם המבוטח: _____ מס. ת.ז: _____ חתימת אפוסטרופוס 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 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: 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 וחסכון 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.

05.2026
גרסה

***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 המהמדיע שנמסר, וזאת מיד עם היוודע לי דבר השינוי.
- כל ההצהרות הנוגעות למבוטח בפוליסה זו, נמסרו על ידי כאפוטרופוס טבעי שלו.
- 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 שחישבו התשואה במסלולי ההשקעה ויתרות הכספים שהופקדו בפוליסה יעשה 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 באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים, שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתקיים 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 התקשורת 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 לדיון. 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 אצהיר 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 הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA

הצהרה לעניין CRS

החברה הודיעה 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 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 מחברה 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 וסיגיה. 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	<input type="checkbox"/> ת.ז.	<input type="checkbox"/> דרכון
מספר מזהה:	_____	_____
מדינת ההנפקה של הדרכון _____		

חלק ב' - בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור
האם אתה תושב חוץ*? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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 שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה על פי רישיון לישיבת קבע.

חלק ג' - זיקת הלקוח לגורם אחר
האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם סומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכוח:
<input type="checkbox"/> בן משפחה מדרגה ראשונה, פרט: _____
<input type="checkbox"/> שותף עסקי <input type="checkbox"/> מעסיק <input type="checkbox"/> חברה בבעלות _____
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> שכיר / שכיר בעל שליטה עיסוק: _____ שם המעסיק: _____
<input type="checkbox"/> עצמאי:
שם העסק: _____ מען העסק: _____ מחזור הכנסות שנת: _____
מהו תחום העיסוק של העסק?
<input type="checkbox"/> יהלומים ואבני חן <input type="checkbox"/> נדל"ן <input type="checkbox"/> סחר במתכות יקרות <input type="checkbox"/> בלדרות <input type="checkbox"/> סחר בנשק <input type="checkbox"/> סחר במטבעות וירטואליים
<input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/ גמ"ח/ מלכ"ר <input type="checkbox"/> מתן שירות אשראי או מתן שירות בנכס פיננסי
<input type="checkbox"/> ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך <input type="checkbox"/> עסק בו עיקר הפעילות במזמן <input type="checkbox"/> הימורים חוקים
<input type="checkbox"/> אחר: _____
רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן:
<input type="checkbox"/> חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> קטין <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אברך/ תלמיד ישיבה
<input type="checkbox"/> גמלאי, נא לציין עיסוק טרם הפרישה: _____ <input type="checkbox"/> אחר: _____



***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 5 מתוך 8

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

1.	מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים: <input type="checkbox"/> חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) <input type="checkbox"/> חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) <input type="checkbox"/> חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) <input type="checkbox"/> חיסכון לגיל פרישה
2.	מקור הכספים המופקדים: האם המבוטח מבצע את ההפקדה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם סומן כן - אנא מלא סעיף זה. <input type="checkbox"/> משכורת/קצבה <input type="checkbox"/> תקבולים/הכנסות מעסק <input type="checkbox"/> חסכונות שנצברו <input type="checkbox"/> תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון <input type="checkbox"/> מכירת עסק <input type="checkbox"/> הלוואה <input type="checkbox"/> ירושה <input type="checkbox"/> פיצויי פיטורין/פרישה <input type="checkbox"/> זכייה <input type="checkbox"/> מכירת נכס <input type="checkbox"/> השכרת נכס <input type="checkbox"/> העברת כספים מקופת גמל אחרת <input type="checkbox"/> מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____ <input type="checkbox"/> כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: _____ שם המדינה: _____ <input type="checkbox"/> תרומה <input type="checkbox"/> אחר: _____ אם סומן לא - אנא מלא את טופס "גורם משלם בפוליסה" (שאלון 3)
3.	המדינה ממנה התקבלו הכספים <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> מדינה אחרת: _____ * על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.
4.	סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח): _____ <input type="checkbox"/> אין הפקדות צפויות
5.	תדירות הפקדות צפויה: <input type="checkbox"/> אין הפקדות צפויות <input type="checkbox"/> חד פעמי <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> רבעוני <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי <input type="checkbox"/> אחר פרט: _____
6.	אופן הפקדות הכספים בחשבון: <input type="checkbox"/> המחאה <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> העברה בנקאית
7.	האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

חלק ו' - הצהרות

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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"	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;
"איש ציבור זר"	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;
"בן משפחה"	כהגדרתו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח-1968;
"חשבון"	חשבון או חוזה ביטוח חיים, כהגדרתם בצו איסור הלבנת הון;
"לקוח"	מקבל השירות, כהגדרתו בצו איסור הלבנת הון;
"נושא משרה"	כהגדרתו בחוק החברות, תשנ"ט-1999, ולמעט דירקטור;
"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 בכיר בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

***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 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:		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
מען:										רחוב:		מספר בית:	
ישב:										מיקוד:		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 בנקס 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" - בן 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: א _____

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, התשי"ס - 2000, מהווה עבירה פלילית.

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



*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

