

## 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 <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> 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.			
תאריך לידה		ארץ לידה		עיסוק		זיקה למבוטח		תחיתם 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. <b>לתשומת ליבך:</b> 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 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. <b>לתשומת ליבך:</b> 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.	
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		כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית) כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)	
TIN מס' משלם מס מקומי		מיקוד ZIP Code	
רחוב ומס' בית Street and number		יישוב City	
מדינה Country		מדינה 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 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		זירה	
ארץ לידה		כתובת: רחוב		מס' בית		כניסה		זירה	
טלפון ביד		טלפון		דוא"ל		מיקוד		ת.ד.	
טלפון ביד		טלפון		דוא"ל		מיקוד		ת.ד.	
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 <a href="http://www.hcsra.co.il">www.hcsra.co.il</a> 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. <b>לתשומת ליבך:</b> 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 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. <b>לתשומת ליבך:</b> 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.	
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		כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית) כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)	
TIN מס' משלם מס מקומי		מיקוד ZIP Code	
רחוב ומס' בית Street and number		יישוב City	
מדינה Country		מדינה 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 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.			



dt3019

\*3453

[www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il) | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. 6, המלאכה | מ"מ 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/
--	---

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	<b>תשלום שוטף חודשי</b>	<b>סכום הפקדה חד פעמי במעמד פתיחת הפוליסה</b>
	שם _____ (תשלום חודשי)	שם _____
<b>אופן הגביה:</b> <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> צ'קים <input type="checkbox"/> העברה בנקאית: בנק <b>מזרחי טפחות</b> , מספר בנק <b>20</b> , מספר סניף: <b>461</b> , מספר חשבון <b>277146</b> (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 _____ ש"ח
בהנחת ריבית שנתית של <b>4%</b> ובניכוי דמי ניהול שנתיים של _____ %		
תאריך: _____ חתימת אפטרופוס בשם המבוטח: _____ X חתימת בעל הפוליסה: _____ X		

גוף מנהל		מסלולי השקעה		
גוף מנהל	הכשרה	מסלולי השקעה	דמי ניהול מצבירה: _____ %	
הכשרה חברה לביטוח בע"מ	הכשרה - כללי	הכשרה - כללי	_____ %	
	הכשרה - אג"ח ממשלות	הכשרה - אג"ח ממשלות	_____ %	
	הכשרה - אשראי ואג"ח	הכשרה - אשראי ואג"ח	_____ %	
	הכשרה - אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות)	הכשרה - אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות)	_____ %	
	הכשרה - מניות	הכשרה - מניות	_____ %	
	הכשרה - משולב סחיר	הכשרה - משולב סחיר	_____ %	
	הכשרה - עוקב מדדים גמיש	הכשרה - עוקב מדדים גמיש	_____ %	
	הכשרה - עוקב מדד S&P 500	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 אליו 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 - ילון 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 - ילון לפידות - אג"ח ממשלות		
<input type="checkbox"/> הכשרה - מניות	<input type="checkbox"/> הכשרה - מיטב - מניות	<input type="checkbox"/> הכשרה - ילון לפידות - מניות		
<input type="checkbox"/> הכשרה - עוקב מדדים גמיש	<input type="checkbox"/> הכשרה - מיטב - כללי	<input type="checkbox"/> הכשרה - אנליסט - כללי		
<input type="checkbox"/> הכשרה - עוקב מדד S&P 500	<input type="checkbox"/> הכשרה - אנליסט - אג"ח ממשלות	<input type="checkbox"/> 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 - מור - כללי		_____ %	
	הכשרה - מור - אג"ח ממשלות		_____ %	
ילון לפידות ניהול תיקי השקעות בע"מ	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	<b>100%</b>	

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 שביניה 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 שיבוצעו במהלך השנה, לתשואות שיושגו במהלך השנה על כנסי 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 הצגתן.

**כל שנבחר 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

04.2026 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 מבניהם, 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](http://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](http://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](http://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 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/לטיפול 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](http://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](http://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 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](http://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

[www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il) | 03-7960000 | 5811801 חולין 1877 ת.ד. 6, המלאכה בע"מ | הכשרה חברה לביטוח בע"מ

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 <b>כן</b> - אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" (שאלון 1 - "איש ציבור זר").
אם סומן <b>לא</b> - 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 <b>כן</b> - 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 במזומן <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 <b>כן</b> - 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 <b>לא</b> - 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 <b>כן</b> - 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](http://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:					
ישב		רחוב		מספר בית	
				מיקוד	

### 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 \_\_\_\_\_



dt3103

**\*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 6 מתוך 8

## הוראה לחיוב חשבון

### מבוטח נכבד!

- בחודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשיך 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 תכובד 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 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

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

לכבוד:

בנק: \_\_\_\_\_

סניף: \_\_\_\_\_

כתובת סניף: \_\_\_\_\_

הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.  
 או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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: \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבוננו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי 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 לבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- ז. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין 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.
- י. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה 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 שיהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל החשבון \_\_\_\_\_

קוד מסלקה		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  
 חולון 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 לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

תאריך: \_\_\_\_\_ בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסניף: \_\_\_\_\_



**\*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 8 מתוך 8