



שם הסוכן:

בקשה לשינוי סכום הפקדה חודשי בפוליסת תגמולים לעצמאיים

מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

1	פרטי המבוטח שם משפחה	שם פרטי		מספר הזהות		מספר פוליסה (חובה)	
	מקום מגורים: רחוב						
	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	יישוב	מספר פוליסה (חובה)	

2	בקשה להגדלת הפקדה חודשית אני הח"מ מורה בזאת לבצע הגדלה בפוליסה לפרמיה חודשית לסך _____ ש"ח החל מתאריך _____ הגדלה תבוצע בהתאם למסלולי ההשקעה הקיימים בפוליסה. לשינוי מסלול השקעות יש למלא טופס "שינוי מסלול השקעות".
---	---

3	בקשה להקטנת הפקדה חודשית אני הח"מ מורה בזאת לבצע הקטנה בפוליסה לפרמיה חודשית לסך _____ ש"ח החל מתאריך _____
---	---

4	שאלון הכר את הכסף שאלון זה מיועד רק ללקוחות שמלאו בעבר שאלון "הכר את הלקוח". במקרה של לקוח שלא מילא שאלון כאמור, תנאי לקבלת ההפקדה הוא מילוי שאלון הכר את הלקוח. ניתן להוריד את השאלון באתר החברה. נא למלא את מקור הכסף: ☐ משכורת/קצבה ☐ תקבולים/הכנסות ממעסיק ☐ חסכונות שנצברו ☐ תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון ☐ מכירת עסק ☐ הלוואה ☐ ירושה ☐ פיצויי פיטורין/פרישה ☐ זכייה ☐ 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, פרט: _____
---	---

5	הצהרה 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: <table><tr><th>שם</th><th>מס' זהות</th><th>תאריך לידה / התאגדות</th><th>מען</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ☐ בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד): <table><tr><th>שם</th><th>מס' זהות</th><th>תאריך לידה / התאגדות</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> האם הנהנה תושב חוץ: ☐ כן ☐ לא במידה והתשובה כן, אלא 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/עמית: X _____ *עבור בעל הפוליסה, עמית, נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין. יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין CRS - FATCA	שם	מס' זהות	תאריך לידה / התאגדות	מען									שם	מס' זהות	תאריך לידה / התאגדות						
שם	מס' זהות	תאריך לידה / התאגדות	מען																			
שם	מס' זהות	תאריך לידה / התאגדות																				

6	הצהרות ידוע לי כי: 1. המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד, ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת כפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981. 2. השינוי בהרכב ההשקעות יתבצע עפ"י הנקוב בתנאים הכלליים בפוליסה. תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימת המבוטח: X _____
---	--



את הטופס המלא ניתן להעביר באמצעות פקס: 03-5167870 או בדוא"ל: scan-life@hcsra-ins.co.il כתובת דואר: המלאכה 6 חולון, 5811801 ת.ד. 187

***3453**

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