

**טופס הצהרת בעל פוליסה / מבוטח / עמית לפי צו איסור הלבנת הון**

- 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 המבוטחים למקרה 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	תאריך לידה / התאגדות	מען

- ☐ בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם מלא	מספר זהות	תאריך לידה / התאגדות	מען

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרטי 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 / מבוטח / עמית _____

כתובת מייל לשליחת מסמכים: scan-life@hcsra-ins.co.il



***3453**

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