

בקשה לפדיון פוליסת ביטוח חיים פרט

(יש לצרף לבקשה זו: צילום ת.ז. עדכני וצילום שיק / אישור על ניהול חשבון לאימות פרטי העו"ש)

פרטי בעל הפוליסה			
מספר ת"ז	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מספר טלפון	מספר טלפון נייד		
כתובת מגורים: רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד
כתובת דוא"ל			
<input type="checkbox"/> מאשר קבלת ההודעות ב-SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
<input type="checkbox"/> אינני מעוניין כי תעדכנו את פרטי הכתובת, נייד ודוא"ל אצלכם לפי המפורט במסמך זה. <input type="checkbox"/> ככל שלא תסומן בחירה זו, פרטייך בחברה בפוליסות ביטוח חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה.			

מיסוי מדינות זרות	
שם פרטי באנגלית: (שדה חובה)	ארץ לידה **: (שדה חובה)
*שם משפחה באנגלית: (שדה חובה)	כתובת במדינה זרה באנגלית: (ככל שקיימת)
שאלון FATCA - דרישת דיווח לשלטונות המס בארה"ב - ליחיד	
האם אתה תושב לצרכי מס בארה"ב:	<input type="checkbox"/> כן - העבר טופס W-9 <input type="checkbox"/> לא
האם אתה אזרח אמריקאי:	<input type="checkbox"/> כן - העבר טופס W-9 <input type="checkbox"/> לא
<input checked="" type="checkbox"/> במידה וארץ הלידה שלך ארה"ב ואתה לא אזרח ולא תושב ארה"ב, חובה למלא ולצרף טופס W-8 BEN ולהמציא אישור ויתור על אזרחות מטעם שגרירות ארה"ב. הטפסים זמינים להורדה באתר החברה בכתובת: www.ayalon-ins.co.il	

שאלון CRS ליחיד - חובה לדווח את כל המדינות בהן אתה תושב לצרכי מס, לשם דיווח לשלטונות המס במדינות המוצהרות									
הנני מצהיר בזאת שאני תושב לצרכי מס במדינות הבאות בלבד:	<input type="checkbox"/> בישראל בלבד. <input type="checkbox"/> בישראל ובמדינה/ות זרות כמפורט להלן בטבלה. <input type="checkbox"/> במדינה/ות זרות בלבד כמפורט להלן בטבלה. חובה לפרט את כל המדינות הזרות בהן אתה תושב לצרכי מס בצירוף מספר מזהה לצרכי מס (TIN):								
הנני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח בע"מ, על כל שינוי.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>שם המדינה</th> <th>מספר מזהה לצרכי מס (Tin)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	שם המדינה	מספר מזהה לצרכי מס (Tin)	1.		2.		3.	
שם המדינה	מספר מזהה לצרכי מס (Tin)								
1.									
2.									
3.									

אבקש לפדות את החסכון מהפוליסה/ות הבא/ות:				
הוראות להמשך הפוליסה בפדיון חלקי		פדיון מהיתרה הצבורה*		מס' פוליסה
סילוק הפוליסה	המשך הפקדות חודשיות	פדיון חלקי	פדיון מלא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ע"ס _____ ₪	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ע"ס _____ ₪	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ע"ס _____ ₪	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ע"ס _____ ₪	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ע"ס _____ ₪	<input type="checkbox"/>	

* ידוע לי כי הפדיון יבוצע באופן פרופורציונלי מכל מסלולי ההשקעה הקיימים בפוליסה במועד הפדיון.
 ידוע לי כי בכל עת אוכל לעבור בין מסלולי השקעה הקיימים בתכנית, בהגשת בקשה בכתב לחברה.

פרטי הפקדה (יש לצרף צילום שיק / אישור על ניהול חשבון בנק)

אבקש להפקיד את סכום הפדיון :

לחשבוני, עפ"י הפרטים הבאים :

שם בעל החשבון	שם הבנק	מס' הבנק	מס' הסניף	שם הסניף	מס' החשבון
<input type="checkbox"/> לטובת צד שלישי עפ"י הפרטים הבאים (חובה למלא טופס מיסוי מדינות זרות והצהרת נהגה - ע"י מקבל הכסף, ולצרף צילום ת.ז. וספח עדכניים):					
קרבה למבוטח <input type="checkbox"/> בן זוג <input type="checkbox"/> ילד <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> נכד <input type="checkbox"/> מיופה כח (לצרף ייפוי כח) <input type="checkbox"/> אפטרופוס (לצרף אישור אפטרופוס)					
שם פרטי	שם משפחה	מס' ת"ז	מס' דרכון (לתישב זר)	מדינת הנפקת הדרכון (לתישב זר)	
תאריך לידה	מין	כתובת מגורים: רחוב	מספר בית	ישוב	
שם בעל החשבון	שם הבנק	מס' הבנק	מס' הסניף	שם הסניף	מס' החשבון

הצהרת בעל הפוליסה ו/או המבוטח

הריני מאשר בזאת, כי השלכות פדיון החיסכון עלי ועל משפחתי, ידועים לי בטרם מתן החלטתי לפדיון :

1. ידוע לי כי בפדיון מלא של החיסכון, הפוליסה וכל הכיסויים הביטוחיים (במידה וקיימים בפוליסה), יתבטלו ללא אפשרות חידוש בעתיד.
2. ידוע לי כי בפדיון חלקי של החיסכון, סכום הביטוח למקרה פטירתי יקטן בהתאם לשעור/סכום הפדיון, ועלול לחשוף את משפחתי לחוסר בכיסוי ביטוחי למקרה פטירה.
3. פדיון החיסכון כפוף לתנאי הפוליסה וכל דין:
א. מערך הפדיון יקוזז קנס פדיון, כמפורט בתנאי הפוליסה, במידה וקיים בתנאי הפוליסה.
ב. מערך הפדיון ינוכה מס רווחי הון, בגין הרווחים הראליים שנצברו על הפקדות מ-1.12.2012 ואילך.
4. ידוע לי כי ערך הפדיון שישולם לי, מבוסס על תשלומי הפרמיות שהתקבלו בפועל בפוליסה עד למועד הפדיון.
5. ידוע לי כי במידה וקיימת הלוואה על שמי, יתרת ההלוואה תנוכה מערך הפדיון.

תאריך	שם מלא של המבוטח	ת.ז.	חתימת המבוטח x
תאריך	שם מלא של בעל הפוליסה (בפוליסת פרט)	ת.ז.	חתימת בעל הפוליסה x
תאריך	שם מלא של אפטרופוס (בשם המבוטח)	ת.ז.	חתימת האפטרופוס x





(בהתאם לתוספת השלישית בצו איסור הלבנת הון תשע"ז-2017)

הטופס ימולא בעת ביצוע פעולה על-ידי:

מוטב למקרה חיים: בעת תשלום פדיון, ותשלום בתום תקופת הביטוח

נדרש למלא טופס נפרד, ע"י כל אחד מהגורמים הבאים:

1. בעל פוליסה
2. מבוטח (אם שונה מבעל פוליסה)
3. צד שלישי (מקבל הכסף)

			מספרי הפוליסה/ות:
--	--	--	-------------------

אני _____ שם פרטי/תאגיד _____ שם משפחה _____ ת.ז./ מספר תאגיד _____ מוטב למקרה חיים

מצהיר בזאת כי:

- אני פועל בעבור עצמי וכי אין נהנה* בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח, למעט זכויותיהם של המוטבים.
- יש נהנה* בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים;

הסיבה לכך: _____

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

- הנהנים* מקבלת תגמולי הביטוח / משיכת הכספים מהפוליסה הם:

שם פרטי / שם תאגיד	שם משפחה	מספר זהות / דרכון / מספר תאגיד	שם המדינה בה הונפק הדרכון	תאריך לידה / תאריך התאגדות לתאגיד	כתובת מגורים

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

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון / מספר תאגיד	שם המדינה בה הונפק הדרכון	כתובת מגורים

* הגדרת "נהנה" - אדם שאינו מוטב למקרה חיים או מוטב למקרה מוות, שבעבורו או לטובתו מוחזק הרכוש או נעשית פעולה ברכוש, או שביכולתו לכוון פעולה ברכוש, והכל במישרין או בעקיפין, ולעניין תאגיד - גם בעל שליטה בתאגיד.

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

סמן מי מצהיר:	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
<input type="checkbox"/> בעל הפוליסה <input type="checkbox"/> המבוטח <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> צד שלישי - מקבל הכסף					

ניתן להעביר לפקס מספר 03-7569566 או סרוק בדואר אלקטרוני ל bht@ayalon-ins.co.il

