

(יש לצרף לבקשה זו: צילום ת.ז עדכני של המבוטח)

1. פרטי בעל הפוליסה - תאגיד			
מספר ח.פ.	שם התאגיד	ארץ ההתאגדות	
שם איש קשר	תפקיד	טלפון נייד	
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד
מייל	מאשר קבלת הודעות ב-SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> אינני מעוניין כי תעדכנו את פרטי הכתובת, נייד ודוא"ל אצלכם לפי המפורט במסמך זה. ככל שלא תסומן בחירה זו, פרטייך בחברה בפוליסות ביטוח חיים ובריאות יעדכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה.			

2. מיסוי מדינות זרות	
שם התאגיד באנגלית (שדה חובה)	ארץ התאגדות (שדה חובה)
כתובת במדינה זרה באנגלית: (ככל שקיימת)	

שאלון FATCA - דרישת דיווח לשלטונות המס בארה"ב - לתאגיד	
<input type="checkbox"/> האם הנך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב: <input type="checkbox"/> כן - חובה לצרף טופס W-9, <input type="checkbox"/> לא - חובה לצרף טופס W8-BEN-E	הנני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח על כל שינוי. _____ x _____ תאריך חתימה

שאלון CRS לתאגיד		
חובה לדווח את כל המדינות בהן התאגיד רשום כתאגיד לצרכי מס, לשם דיווח לשלטונות המס במדינות המוצהרות		
1. האם התאגיד התאגד במדינה זרה (מלבד ישראל וארה"ב) ?		
<input type="checkbox"/> כן, ציין את שמות המדינות ומספר מזהה לצרכי מס (TIN): <input type="checkbox"/> לא, ציין:	מספר מזהה לצרכי מס (Tin)	שם המדינה
מקום הניהול הממשי של התאגיד		
מקום המשרד הראשי של התאגיד		
2. האם התאגיד הינו מוסד פיננסי, חברה ציבורית, ארגון בינלאומי או ארגון אחר המוחרג מהגדרת "תושב מדינה זרה": <input type="checkbox"/> כן, ציין את סוג התאגיד _____ <input type="checkbox"/> לא		
3. הצהרת התאגיד: <input type="checkbox"/> התאגיד ישות אקטיבית <input type="checkbox"/> התאגיד ישות פאסיבית*		
4. *לתאגיד שהוא ישות פאסיבית - האם אחד או יותר מבעלי השליטה בתאגיד הם תושבי מדינה זרה ? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - כל אחד מבעלי השליטה שהם תושבי מדינה זרה, נדרש למלא תיעוד עצמי בטבלה להלן:		

שאלון CRS לבעל שליטה (I)		
שם פרטי באנגלית:	שם משפחה באנגלית:	
תאריך לידה:	מספר נייד:	כתובת מגורים:
מדינת תושבות	TIN מספר	האם משלם מס כדין במדינת התושבות
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
הנני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח בע"מ, על כל שינוי.		תאריך חתימת בעל השליטה x

שאלון CRS לבעל שליטה (II)			
שם פרטי באנגלית:		שם משפחה באנגלית:	
תאריך לידה:		מספר נייד:	כתובת מגורים:
מדינת תושבות	מספר TIN	האם משלם מס כדין במדינת התושבות	
		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
הנני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח בע"מ, על כל שינוי.		תאריך	חתימת בעל השליטה *
הצהרת התאגיד			
הננו מאשרים בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתנו להודיע לאיילון חברה לביטוח בע"מ, על כל שינוי. הננו מאשרים בזאת כי החותם בשם התאגיד, מורשה חתימה בתאגיד. <input checked="" type="checkbox"/> רצ"ב פרוטוקול מורשי חתימה בתאגיד.			
תאריך	שם	תפקיד	חותמת וחתימת מורשה החתימה בתאגיד *

3. בקשת משיכת חיסכון	
פדיון מלא	מס' פוליסה
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<p>אני מצהיר כי מטרת משיכת החיסכון הינה אחת מאלה (מסן) :</p> <p><input type="checkbox"/> לצורך תשלום מענק פרישה למבוטח, בעקבות פרישתו של המבוטח מעבודה אצל בעל הפוליסה.</p> <p><input type="checkbox"/> למטרת העברת החיסכון לתשלום למכשיר חסכון אחר, שאף בו ייועדו הכספים הנצברים לטובת המבוטח כאמור בהגדרת "בעל הפוליסה" בפוליסה.</p> <p><input type="checkbox"/> המבוטח אינו זכאי לקבלת החיסכון לתשלום, המבוטח פרש מעבודתו אצל בעל הפוליסה, אך, על פי תנאי ההסכם בין בעל הפוליסה למבוטח, אינו זכאי לקבלת החיסכון.</p> <p>ידוע לי כי חברת הביטוח תשלח הודעה למבוטח על בקשת המשיכה שהעביר בעל הפוליסה, בסמוך לאחר קבלת הבקשה וההצהרה ולפני תשלום החיסכון לבעל הפוליסה.</p>	
תאריך	שם בעל הפוליסה/תאגיד
	חתימה וחותמת בעל הפוליסה

4. פרטי הפקדה (יש לצרף צילום שיק / אישור על ניהול חשבון בנק)					
אבקש להפקיד את סכום הפדיון :					
<input type="checkbox"/> לחשבון התאגיד עפ"י הפרטים הבאים :					
שם בעל החשבון	שם הבנק	מס' הבנק	מס' הסניף	שם הסניף	מס' החשבון

5. הצהרת בעל הפוליסה/תאגיד			
הריני לאשר בזאת:			
1. ידוע לי כי על ההפקדות מ 1/12/2002 חל מס רווחי הון על הרווחים הראלים.			
2. ידוע לי כי ערך פדיון הפוליסה שישולם לי מבוסס על תשלום בפועל של הפרמיות עבור הפוליסה.			
3. ידוע לי כי במידה וקיימת הלוואה בפוליסה, יתרת הלוואה תנוכה מערך הפדיון.			
4. ידוע לי כי עם תשלום מלוא החיסכון ע"י חברת הביטוח תבוטל הפוליסה ממועד ביצוע הפדיון וחברת הביטוח תהיה משוחררת מכל חבות לפי פוליסה זו.			
תאריך	שם מלא של בעל הפוליסה (בפוליסת פרט)	חתימה וחותמת בעל הפוליסה	
תאריך	שם מלא של מיופה הכח	ת.ד.	חתימת מיופה הכח

