

בקשה להוספה/עדכון בעל פוליסה בפוליסת פרט עם מרכיב חסכון במעמד ההצטרפות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

הבקשה האמורה מותנית באישור החברה.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

פוליסה מס':

הבקשה הגיעה באמצעות:

סוכן/סוכנות הביטוח:

מס' סוכן:

חתימת סוכן:

מטרת הטופס: (אנא בחר אחת מן האפשרויות)

קביעת בעלות יחידה בפוליסה לבעל פוליסה שאינו המבוטח

קביעת בעל פוליסה בנוסף למבוטח (במקרה זה בעל הפוליסה המקורי הוא המבוטח)

ככל שימונו שני בעלי פוליסה, כל אחד מבעלי הפוליסה יוכל לבצע פעולות בנפרד בפוליסה מבלי שיהיה על חברת הביטוח לדרוש את הסכמת בעל הפוליסה השני לביצוע הפעולה. ייתכן שלצורך פעולות מסוימות תידרש הסכמת וחתמת שני בעלי הפוליסה.

א פרטי המבוטח בפוליסה (יש לצרף צילום תעודת זהות ובמקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה)

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות
המידע וההודעות בקשר עם בקשה זו יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.		

ב פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (יש לצרף צילום תעודת זהות ובמקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה)

שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה	מס' תעודת זהות
רחוב	מס'	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	מיקוד	
מס' טלפון (חשוב מאוד לצורך טיפול יעיל בבקשתך)				
הצהרה עצמית - FATCA				
1. האם אתה אזרח ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 2. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 3. האם אתה יליד ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם ענית כן על אחד מהשאלות 1 ו/או 2, נא צרף טופס W9 ובנוסף ציין את מספר הזיהוי הפדרלי שלך בארצות הברית, U.S TIN:				
א. אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.				
ב. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו.				
שם: ת.ז.: תאריך: חתימה:				
אם אינך אזרח ארצות הברית או תושב לצרכי מס בארצות הברית, אך נולדת בארצות הברית, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודת המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית. טופס W9 וכן טפסים רלוונטיים אחרים ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS) או לחלופין מאתר האינטרנט של החברה.				
הצהרה עצמית בדבר תושבות מס לצורך CRS				
האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארצות הברית)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם ענית כן, נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה.				
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית	כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)		
שם פרטי באנגלית	Last Name	מספר משלם מס מקומי	TIN	מדינת תושבות המס
First Name	Last Name	Tax Residency Country	מספר משלם מס מקומי	TIN
מדינה	יישוב	רחוב ומספר בית	מיקוד	
Country	City	Street and number	Zip Code	
1.				
2.				
3.				
א. אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.				
ב. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו.				
ג. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצוינות לעיל.				
ד. אם אחת מהמדינות המצוינות לעיל הינה מדינה בת דיווח, יועבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדין.				
שם: ת.ז.: תאריך: חתימה:				



^dt3159

ת.ז. 02/2023 36492.4

זיקה:

בן משפחה מדרגה ראשונה
 בן משפחה אחר, פרט:.....
 שותף עסקי
 אחר, פרט:.....

סיבה:

יש לציין מהי הסיבה בגינה מבוקשת בעלות על הפוליסה:..... הסיבה:.....

ד קיומו של נהנה בחשבון

אני..... (שם בעל הפוליסה/המבוטח/העמית) בעל מס' תעודת זהות.....

מצהיר בזה כי:

אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה/בחשבון).

יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים; הסיבה לכך.....

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים בפוליסה/בחשבון הם:

שם	מס' תעודת זהות ²	תאריך לידה/התאגדות ³	מענ' ²

אם מקבל השירות או הנהנה תושבי חוץ אגא מלא נספח 1 - טופס איש ציבור זר
 אם מקבל השירות או הנהנה תושבי הארץ - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או מחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות? כן לא
 אם סומן כן, אגא מלא את נספח 2 איש ציבור מקומי

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.

שם:..... תאריך:..... חתימת לקוח:.....

¹מחק את המיותר.

²לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי.

³ימולא אם חסר שם או מספר זהות.

*"מקבל שירות" - בעל פוליסה / מבוטח / עמית / מי שכרת את חוזה ביטוח החיים בשבילם / מי שפתח את החשבון בשביל העמית / מיופה כוח / מוטב למקרה חיים / לאחר פטירה- מוטב למקרה מוות.

ה המוטבים במקרה פטירה

במקרה שקיימים שני בעלי פוליסה ואחד מהם הוא המבוטח המוטבים יהיו שני בעלי הפוליסה. במקרה של פטירת אחד המוטבים לפני פטירת המבוטח או באותו המועד, חלקו יעבור למוטב השני. בהתאם, במקרה של פטירת אחד מבעלי הפוליסה, שאינו המבוטח, בעל פוליסה השני יוכל לאמץ את הפוליסה.

במקרה שקיים בעל פוליסה יחיד השונה מן המבוטח המוטבים יהיו בעל הפוליסה והמבוטח עצמו. במקרה של פטירת אחד המוטבים לפני פטירת המבוטח או באותו המועד, חלקו יעבור למוטב השני. בהתאם, במקרה של פטירת בעל הפוליסה, המבוטח יוכל לאמץ את הפוליסה.

לתשומת הלב בקשה זו גוברת על כל בקשה קודמת לעניין מינוי מוטבים בפוליסה זו. במקרה שטופס זה מועבר אלינו בעת ההצטרפות, יגברו הוראות טופס זה.

ככל שבעלי הפוליסה יבקשו לשנות את המוטבים, עשויות להיות לכך השלכות על זכויות בעלי הפוליסה ומומלץ להתייעץ עם סוכן הביטוח לפני ביצוע שינוי. ניתן להגיש בקשה לשינוי מוטבים באמצעות טופס ייעודי שניתן למצוא באתר שלנו www.harel-group.co.il

1 הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש גם את החברות האחרות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן ו/או שותפיה העסקיים, לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת, בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: חתימה: 

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

2 מידע חשוב לבעל הפוליסה

- כל התשובות המפורטות וכן כל מידע אחר שיימסר ל"הראל" והתנאים המקובלים אצל "הראל" לעניין זה, ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
- בהתאם להוראות סעיף 35 בחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, ולתנאי הפוליסה יש למסור את ההודעות ו/או הבקשות המפורטות להלן, לרבות המסמכים הנלווים להן בכתב למשרדי החברה בכתובתה ברחוב אבא הלל 3 ברמת גן (או בכתובת אחרת כפי שתפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il) ולא במשרד סוכן הביטוח הרלוונטי: שינוי הרכב השקעות, משיכת ערך הפדיון, שינוי מוטבים.

ה חתימות

הננו מבקשים לבצע עדכון בעל הפוליסה כמבוקש בבקשה זו.

הנני מאשר את תנאי הפוליסה כפי שאושר על ידי המבוטח במעמד ההפקה בהראל.

שם המועמד לבעלות על הפוליסה: תעודת זהות:

תאריך: חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה: 

שם המבוטח: תעודת זהות:

תאריך: חתימת המבוטח: 