

בקשה לשינוי סכום הפקדה חודשית בפוליסות מסוג פרט ותגמולים לעצמאיים

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
השימוש בטופס זה מאושר על פי מועד גרסתו האחרונה בחברה.

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

הבקשה הגיעה באמצעות

סוכן/סוכנות ביטוח.....

מספר סוכן.....

מספר טלפון.....

לכבוד,
הראל חברה לביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 5211802
האגף לביטוח חיים

פוליסה מס':

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

שם משפחה	שם פרטי	עיסוק	מספר תעודת זהות
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
טלפון	טלפון נייד		

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 בקשה להגדלת ההפקדה החודשית

אני הח"מ מורה בזאת לבצע הגדלה בפוליסה לסך של..... ש מתאריך.....

במידה וסכום ההגדלה (הפרש בין הפקדה לפני ואחרי) הינו 1,000 ₪ ומעלה:
מהו מקור הכספים שיופקדו?
 משכורת עסק פדיון פיצויים חיסכון תיק מנוהל ניוו
 הלוואה מפוליסה קיימת בחברה ירושה זכיה מכירת נכס מתנה מהורים
 אחר

ההגדלה תבוצע על פי מסלולי ההשקעה הקיימים בפוליסה.

הצהרה עצמית - FATCA

1. האם אתה אזרח ארצות הברית? כן לא 2. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? כן לא 3. האם אתה יליד ארצות הברית? כן לא
אם ענית כן על אחד מהסעיפים 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.....

¹אם אינך אזרח ארצות הברית או תושב לצרכי מס בארצות הברית, אך נולדת בארצות הברית, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה 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)? כן לא
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 משפחה באנגלית Last Name				שם פרטי באנגלית First Name	
כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)				TIN	מדינת תושבות המס Tax Residency Country
מדינה Country	יישוב City	רחוב ומספר בית Street and number	מיקוד Zip Code	מספר משלם מס מקומי	
					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.....



ג בקשה להקטנת ההפקדה החודשית

אני הח"מ מורה בזאת לבצע הקטנה בפוליסה לסך של ש"ח מתאריך

ד הצהרות בעל הפוליסה

א. אני מבקש לבצע את בקשתי כאמור בטופס זה.

.....
שם בעל הפוליסה תעודת זהות תאריך חתימת בעל הפוליסה 

ה אישור משלם חריג (אם קיים)

אני הח"מ מאשר בקשה זו ואת שינוי סכום ההפקדה. (יש לצרף צילום תעודת זהות)

.....
שם משלם חריג (אם קיים) תעודת זהות תאריך חתימת משלם חריג (אם קיים) 