

הצעה לתכנית BEST INVEST (בסט אינווסט אישי)

בפניך בקשה לרכישת פוליסת חיסכון מבית הכשרה חברה לביטוח - BEST INVEST (בסט אינווסט) במספר מסלולי השקעה לבחירתך.
 תכנית - BEST INVEST (בסט אינווסט) אישי אינה מוכרת כקופת גמל.

שם המשווק:	מספר משווק:	שם המפקח:
------------	-------------	-----------

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך הנפקה ת"ז		תאריך לידה		מצב משפחתי <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה	
			מס' בית		כניסה	דירה		ישוב
			כתובת: רחוב		ת.ד.	מיקוד		ארץ לידה
טלפון נייד	טלפון	דוא"ל	עיסוק					

אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות אמצעים דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון נייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח.
 ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן: .
 לידעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט www.hcsra.co.il בחירתך לשליחת המידע תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (ככל שקיימים).

האם אתה אזרח ארצות הברית?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה יליד ארה"ב?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
---------------------------	---	------------------------------------	---	---------------------	---

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרת לי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצעה זו.
 תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת העמית: X _____

אם סימנת "כן" באחד מהסעיפים או ביותר, נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטי, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב (U.S. TIN).
 הבמידה ואינך אזרח ארה"ב או תושב לצרכי מס, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על יותר אזרחות אמריקאית. טופס W9 וכן טפסים רלוונטיים אחרים ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS) או לחלופין מאתר האינטרנט של החברה.

האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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 פרטי (אנגלית)		שם משפחה (אנגלית)		מדינה תושבות המס	
First Name		Last Name		Tax Residency Country	
כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)					
מדינה		TIN		מס' משלם מס מקומי	
Country	City	Street and number	ZIP Code		

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרת לי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצעה זו. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצויות לעיל. אם אחת מהמדינות המצויות לעיל מדינה בת דיווח, יועבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדין.
 תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת העמית: X _____

פרטי הביטוח	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין) _____ / _____ / 01	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר <input type="checkbox"/> 1.25% <input checked="" type="checkbox"/> 0%	דמי ניהול מהפקדה <input type="checkbox"/> 0%
-------------	--	---	--

פרטי גביה	תשלום שוטף חודשי	סכום הפקדה חד פעמי במעמד פתיחת הפוליסה
	_____ ₪ (תשלום חודשי)	יש לצרף צילום ת.ז. + ספח. במידה והמשלם אינו העמית יש לצרף גם ת.ז. + ספח של המשלם + שאלון 3.
אופן הגביה: <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> צ'קים <input type="checkbox"/> העברה בנקאית: בנק מזרחי טפחות, מספר בנק 20, ספר סניף: 461, מספר חשבון 277146 (יש לצרף אישור הבנק)		

לידיעתך, בהתאם למדיניות החברה, לא תתאפשר העברה לפוליסה של כספים שמקורם מחוץ לישראל ו/או מקורם במטבעות וירטואליים. כספים שיועברו לחשבון החברה בניגוד לאמור, יושבו למשלם נומינלית

פרטי מוטבים

הנני מורה לכם בזאת לשלם לאחר מותי את חלקי בנכסי הקופה למוטבים המפורטים להלן. הסכומים ישולמו למוטבים בחלקים המצוינים ליד שמו של כל אחד מהם, ובהיעדר ציון החלקים - בחלקים שווים ביניהם. לא מונו על ידי מוטבים, ישולמו הכספים המגיעים לי כאמור, ליורשיי על פי דין או על פי קיום צוואה.

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה	חלק יחסי (באחוזים)
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		



דמי ניהול מצבירה: % _____	דמי ניהול מפרמיה % 0 _____	סכום _____ ₪
גילוי נאות		
סכום חד פעמי צפוי לגיל _____ בהנחת ריבית שנתי של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים של % _____		
תאריך _____ חתימת העמית: X _____		

אחוז הפקדה שוטפת (חודשית)	מסלולי השקעות	אחוז הפקדה חד פעמית	גוף מנהל	מסלולי השקעה ניתן לבחור עד שלושה מסלולי השקעה
_____ %	הכשרה - אג"ח	_____ %	הכשרה חברה לביטוח בע"מ	
_____ %	הכשרה - כללי*	_____ %	הכשרה חברה לביטוח בע"מ	
_____ %	הכשרה - אג"ח ממשלת ישראל	_____ %		
_____ %	הכשרה - מניות	_____ %		
_____ %	הכשרה - שקלי טווח קצר	_____ %		
_____ %	הכשרה - כללי פאסיבי**	_____ %		
_____ %	הכשרה - אלטשולר שחם - כללי	_____ %	אלטשולר שחם בע"מ	
_____ %	הכשרה - אלטשולר שחם - אג"ח ממשלת ישראל	_____ %		
_____ %	הכשרה - אלטשולר שחם - מניות	_____ %		
_____ %	הכשרה - מיטב ניהול תיקים - כללי	_____ %	מיטב ניהול תיקים בע"מ	
_____ %	הכשרה - מיטב ניהול תיקים - אג"ח ממשלת ישראל	_____ %		
_____ %	הכשרה - מיטב ניהול תיקים - מניות	_____ %		
_____ %	הכשרה - מור - כללי	_____ %	מור בית השקעות ניהול תיקים בע"מ	
_____ %	הכשרה - מור - אג"ח ממשלת ישראל	_____ %		
_____ %	הכשרה - מור - מניות	_____ %		
_____ %	הכשרה - ילין לפידות - כללי	_____ %	ילין לפידות ניהול תיקי השקעות בע"מ	
_____ %	הכשרה - ילין לפידות - אג"ח ממשלת ישראל	_____ %		
_____ %	הכשרה - ילין לפידות - מניות	_____ %		
_____ %	הכשרה - אנליסט - כללי	_____ %	אנליסט ניהול תיקי השקעות בע"מ	
_____ %	הכשרה - אנליסט - אג"ח ממשלת ישראל	_____ %		
_____ %	הכשרה - אנליסט - מניות	_____ %		
100%	סה"כ	100%		

* בהיעדר סימון בחירה תושקע ההפקדה השוטפת במסלול ברירת מחדל "הכשרה - כללי", ובהיעדר בחירת מסלול השקעה להפקדה חד פעמית, תושקע ההפקדה בהתאם למסלול שנבחר עבור ההפקדה השוטפת.

** ניתן לבחור עד שלושה בתי השקעות ובכל בית השקעה עד שלושה מסלולים.

** נכסי המסלול יעקבו אחר מדד ה- S&P500 בשיעור חשיפה של 100% מנכסי המסלול. מדיניות ההשקעות במסלול זה עשויה להשתנות בכפוף לשיקול דעתה של ועדת ההשקעות ובהתאם להוראות הדין.

הצהרת לפי צו איסור הלבנת הון ומימון טרור

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 המוטבים למקרי 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 / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהנה תושב חוץ: כן לא במידה והתשובה כן אנא מלא שאלון 1 איש ציבור זר.

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.

תאריך _____ חתימת העמית: X _____

*עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין.
יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין FATCA ו-CRS

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו, באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

א. טלפון *3453

ב. באתר האינטרנט: www.hcsra.co.il

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבוטלת.

הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ, העמית, מסכים ומבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצעה זו, אשר תנאיה מפורסמים באתר הכשרה ו/או נמצאים אצל סוכן הביטוח, ולאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי, אני מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל התשובות כמפורט בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות.
- ידוע לי כי, המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחוזה הביטוח, דמי הביטוח, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו, ידוע לי כי אי מסירת תשובות מלאות ונכונות עלול להשפיע על קבלתי לביטוח. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר, וזאת מיד עם היוודע לי דבר השינוי.
- הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.
- ידוע לי כי, ההתקשרות עם הכשרה תיכנס לתוקף רק בכפוף לקבלת תשלום בגין הפקדה ראשונה.
- אם יתברר בעתיד כי חשבונאי (להלן - "החשבון") זוכה בטעות בכספים שלא הגיעו לי, החברה תהיה זכאית לחייבני בגין סכומים אלו בצירוף רוחים עד ליום התיקון, נוסף לכל זכות על-פי דין.
- יובהר, כי בנוסף לדמי הניהול החברה תנכה מהחיסכון המצטבר הוצאות ניהול וביצוע השקעות, כך שחישוב התשואה במסלולי ההשקעה ויתרות הכספים שהופקדו בפוליסה יעשה לאחר ניכוי הוצאות אלו. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מנכסי הקופה, בהתאם לבתי ההשקעות השונים, מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hcsra.co.il

קבלת שירותים מחברות בקבוצת הכשרה ביטוח:

ידוע לי ואני מסכים כי החברה תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול ו/או תפעול, שירותי ניהול השקעות, שירותי שיווק, שירותי גבייה ושירותי מיכון מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ומכל חברה/קשורה/שולטת/בעלת ענין בהכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או חברה מנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח").

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חליפי, לרבות כלים דיגיטליים למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח, וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע להיתכנות תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים, המהווים פגיעה בפרטיות, וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים, שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הצהרה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מסכים למסור לחברה מידע אישי אודותיי לצורך ביטוח זה או פעולותיכם כמבטחים, למרות שלא מוטלת עליי חובה חוקית למסור מידע זה. ידוע לי ואני מסכים כי לצורך ביטוח זה או פעולותיכם כמבטחים תהיו רשאים לפנות לצדדים שלישיים ולקבל מידע אודותיי. ידוע לי ואני מסכים כי הטיפול במידע האישי נעשה בהתאם למדיניות הפרטיות של הכשרה, המתפרסמת באתר האינטרנט של החברה. כן ידוע לי ואני מאשר למסור את המידע לגורמים שונים הקשורים, במישור או בעקיפין, בביטוח זה או בפעולותיכם כמבטחים.

משלוח הודעות לחברה

בהתאם להוראות סעיף 35 לחוק חוזה ביטוח, התשמ"א-1981, על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב וכל אדם אחר למסור את כל ההודעות, הבקשות וההצהרות הנוגעות לפעולות המפורטות להלן, לרבות המסמכים הנלווים להם, בכתב אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות המופיעות בתנאי הפוליסה או באתר החברה בכתובת www.hcsra.co.il, ולא במשרדי סוכן הביטוח. הערה זאת מתייחסת לפעולות הבאות: בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדה חד פעמית, בקשה להגדלת דמי ביטוח, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, היוון עם תום תקופת הביטוח, בקשה להפסקת הכיסוי הביטוחי, בקשה לקיצור או הארכה של תקופת הביטוח. וכן כל מסמך נוסף הנחוץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה.

הצהרה לעניין FATCA

החברה הודיעה לי כי אם אצהיר כי אני אזרח/תושב ארצות הברית או אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח / תושב ארה"ב וסירבתי למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה. לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות - FATCA

הצהרה לעניין CRS

החברה הודיעה לי כי אם 1. אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או 2. אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים של החסכון שלי בהתאם להוראות ה-CRS

חתימת העמית להצהרות מועמד לביטוח

תאריך: _____ חתימת העמית X _____

הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות אחרות בקבוצת הכשרה (להלן ביחד: "קבוצת הכשרה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הכשרה, באמצעות דואר, פקס, דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטי, הודעת מסר קצר (sms) ובכל דרך אחרת. כן אני מסכים לחברות בקבוצת הכשרה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, טיפול בתביעות ולרבות עיבוד המידע, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל וכן שימושים אחרים הנלווים לשימושים האמורים ו/או נדרשים לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמן ומטעמן של החברות בקבוצת הכשרה. ידוע לי כי במידה ואיני מסכים ו/או לא אסכים בעתיד, לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותי למסור הודעה על כך לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו www.hcsra.co.il

תאריך: _____ חתימת העמית X _____

הצהרת המשווק הפנסיוני / סוכן / עובד חברה

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל השאלות המופיעות לעיל הוצגו למועמד לביטוח, והתשובות הן כפי שנמסרו ע"י המועמד. כמו כן המועמד אישר כי הבין את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה. פרטי הביטוח המוצע הוצגו על פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על ידי המפקח על הביטוח.

תאריך _____ שם מלא _____ מס' הרישון / ת"ז _____ חתימה X _____

טופס הכר את הלקוח

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים.

חלק א' - פרטי זיהוי	
שם פרטי ושם משפחה	טלפון
סוג מספר מזהה	מדינת ההנפקה של הדרכון
<input type="checkbox"/> ת.ז. <input type="checkbox"/> דרכון מספר מזהה:	
חלק ב' - בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור	
האם אתה תושב חוץ*? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם סומן כן - אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" (שאלון 1 - "איש ציבור זר"). אם סומן לא - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 שנים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם סומן כן - אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" (שאלון 2 - "איש ציבור מקומי").	

* תושב חוץ - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או שלא שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה על פי רישיון לשיבת קבע.

חלק ג' - זיקת הלקוח לגורם אחר
האם קיים מיפיה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם סומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיפיה הכוח: <input type="checkbox"/> בן משפחה מדרגה ראשונה, פרט: _____ <input type="checkbox"/> שותף עסקי <input type="checkbox"/> מעסיק <input type="checkbox"/> חברה בבעלות <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____ * יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין ייפוי כח לצורך קבלת מידע ו/או ביצוע פעולות שם מלא: _____ ת.ז: _____

חלק ד' - פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק
<input type="checkbox"/> שכיר / שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> עיסוק: _____ שם המעסיק: _____ <input type="checkbox"/> עצמאי: שם העסק: _____ מען העסק: _____ מחזור הכנסות שנתי: _____ מהו תחום העיסוק של העסק? <input type="checkbox"/> יהלומים ואבני חן <input type="checkbox"/> נדל"ן <input type="checkbox"/> סחר במתכות יקרות <input type="checkbox"/> בלדרות <input type="checkbox"/> סחר בנשק <input type="checkbox"/> סחר במטבעות וירטואליים <input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/ גמ"ח/ מלכ"ר <input type="checkbox"/> מתן שירות אשראי או מתן שירות בנקסי פיננסי <input type="checkbox"/> ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך <input type="checkbox"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן <input type="checkbox"/> הימורים חוקיים <input type="checkbox"/> אחר: _____ רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן: <input type="checkbox"/> חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> קטין <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אברך/ תלמיד ישיבה <input type="checkbox"/> גמלאי, נא לציין עיסוק טרם הפרישה: _____ אחר: _____



חלק ה' - מטרת ההתקשרות, מקור הכספים, והפעילות המתוכננת	
1.	מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח חיים: <input type="checkbox"/> חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) <input type="checkbox"/> חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) <input type="checkbox"/> חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) <input type="checkbox"/> חיסכון לגיל פרישה
2.	מקור הכספים המופקדים: האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם סומן כן - אנא מלא סעיף זה. <input type="checkbox"/> משכורת/קצבה <input type="checkbox"/> תקבולים/הכנסות מעסק <input type="checkbox"/> חסכונות שנצברו <input type="checkbox"/> תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון <input type="checkbox"/> מכירת עסק <input type="checkbox"/> הלוואה <input type="checkbox"/> ירושה <input type="checkbox"/> פיצויי פטורין/פרישה <input type="checkbox"/> זכייה <input type="checkbox"/> מכירת נכס <input type="checkbox"/> השכרת נכס <input type="checkbox"/> העברת כספים מקופת גמל אחרת <input type="checkbox"/> מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____ <input type="checkbox"/> כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: _____ שם המדינה: _____ <input type="checkbox"/> תרומה <input type="checkbox"/> אחר: _____ אם סומן לא - אנא מלא את טופס "גורם משלם בפוליסה" (שאלון 3)
3.	המדינה ממנה התקבלו הכספים <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> מדינה אחרת: _____ * על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.
4.	סכום הפקדות שנתיים צפויים (ש"ח): _____ <input type="checkbox"/> אין הפקדות צפויות
5.	תדירות הפקדות צפויה: <input type="checkbox"/> אין הפקדות צפויות <input type="checkbox"/> חד פעמי <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> רבעוני <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי <input type="checkbox"/> אחר פרט: _____
6.	אופן הפקדות הכספים בחשבון: <input type="checkbox"/> המחאה <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> העברה בנקאית <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי
7.	האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם סומן כן - ציין את שם המדינה הזרה: _____ * על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.
8.	האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
חלק ו' - הצהרות	
האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלכנת הון או מימון טרור? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____	
חלק ז' - הצהרות המבוטח	
הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו. תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____	
חלק ח' - שאלונים שנדרש למלא בהתאם לצורך - ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.hcsra.co.il	
שאלון 1 - איש ציבור זר שאלון 2 - איש ציבור מקומי שאלון 3 - גורם משלם בפוליסה	
חלק ט' - הגדרות:	
"איש ציבור" - איש ציבור זר או איש ציבור מקומי; "איש ציבור מקומי" - תושב בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה; "איש ציבור זר" - תושב חוץ בעל תפקיד ציבורי בכיר בחוץ לארץ, לרבות בן משפחה של תושב חוץ כאמור או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של תושב חוץ כאמור; "בן משפחה" - כהגדרתו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח-8691; "חשבון" - חשבון או חוזה ביטוח חיים, כהגדרתם בצו איסור הלכנת הון; "לקוח" - מקבל השירות, כהגדרתו בצו איסור הלכנת הון; "נושא משרה" - כהגדרתו בחוק החברות, תשנ"ט-9991, ולמעט דירקטור; "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד בכיר בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;	

הוראה לחיוב חשבון

מבוטח נכבד!

- בחודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשוך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"ל בחשבונך יהווה אישור על תשלום הפרמיה ללא צורך בהוכחה נוספת.
- האפשרות לשלם פרמיות לפי תכנית זו כפופה בכל מקרה להסכמת החברה ולהסכמת הבנק לפעול על פי הסדר זה.
- ההשתתפות בהסדר זה היא בשיטה הדומה להצגת הקים - והיא ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת הצגתה.
- החברה מתחייבת בזה שלא למשוך כספים מעבר לסכומים המגיעים לה בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל הפוליסה / המשלם הפעלת הסדר זה.
- הסדר זה אפשרי גם על תשלומים בגין החזר הלוואות
- מספר פוליסה/ות: _____

קוד מסלוקה		סוג חשבון		מספר חשבון												
בנק	סניף															
קוד מוסד												אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה				
409																
שם המוסד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ																

לכבוד:

בנק: _____

סניף: _____

כתובת סניף: _____

הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.
או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:

תקרת סכום לחיוב: _____ ₪.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום ____/____/____.

נא לסמן מועד גביה רצוי: 5 10 25

אם יישלחו ע"י המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/והח"מ _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' זהות / ח.פ. _____ רחוב _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

- נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבוננו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מידי פעם בפעם ע"י הכשרה חברה לביטוח בע"מ, בכפוף למגבלות שסומנו (ככל שסומנו).
2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 1. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 2. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
 3. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 4. נהיה רשאים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 3. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 4. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 6. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 7. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
 8. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (העקרונות לקביעתם); תנאי פוליסה/ות כפי שיהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

חתימת בעל החשבון _____

תאריך: _____

קוד מסלוקה		סוג חשבון		מספר חשבון												
בנק	סניף															
קוד מוסד												אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה				
409																

לכבוד:

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

האגף לביטוח חיים

רח' המלאכה 6

חולון 581180

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' מספר חשבונם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה, רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

בנק: _____

סניף: _____

חתימה וחותמת הסניף: _____

תאריך: _____

