

## בקשה לפדיון - BEST INVEST אישי

לקוח/ה יקר/ה, פוליסת הביטוח אשר ברשותך מביטחה לך ביטחון כלכלי ותסייע לך ולקרוביך בעת קרות מקרה הביטוח. לפיכך, אנו ממליצים לך לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד השרות בחברה, בטלפון \*3543, לקבלת הסבר בנוגע למשמעות פדיון וקבלת סיוע במציאת פתרון חלופי.

## 1. פרטי המבוטח (יש לצרף צילום תעודת זהות)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז
כתובת		
מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד	
דוא"ל		

## 2. הצהרה לעניין FATCA - חובה למלא בפוליסה אישית (פרט) בלבד

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

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: X \_\_\_\_\_

אם סימנת "כן" באחד מהסעיפים או ביותר, נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, 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 ויתור 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)?	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 (אנגלית)		שם משפחה (אנגלית)		TIN	מדינה תושבות המס
First Name	Last Name	Street and number	ZIP Code		
כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)					
מדינה	יישוב	רחוב ומס' בית	מיקוד	מס' משלם מס מקומי	Tax Residency Country
Country	City	Street and number	ZIP Code		

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצוינות לעיל. אם אחת מהמדינות המצוינות לעיל מדינה בת דיווח, יועבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדיון.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: X \_\_\_\_\_

## 3. סוג המשיכה - BEST INVEST

פוליסה מספר	פדיון מלא	פדיון חלקי (ברוטו) - מסלולי השקעה באופן יחסי
	<input type="checkbox"/>	פדיון חלקי ע"ס _____ ₪ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	פדיון חלקי ע"ס _____ ₪ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	פדיון חלקי ע"ס _____ ₪ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	פדיון חלקי ע"ס _____ ₪ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	פדיון חלקי ע"ס _____ ₪ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	קיצוז הלוואה מלא <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	קיצוז הלוואה חלקי ע"ס _____ ₪ <input type="checkbox"/>

לתשומת ליבך: כמתחייב בחוק, ייתכן כי ינוכה מס מרווחים מכספי הפדיון.



dt3026

## 4. פרטי חשבון בנק להעברת הכספים (יש לצרף צילום שיק מבוטל או אישור לניהול חשבון)

שם בעל החשבון	שם הבנק	מספר הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

## 5. 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	מס' 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 המבוטח: × \_\_\_\_\_

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

## 6. הצהרת הלקוח

א. ידוע לי כי לאחר משיכת מלוא הכספים שנצברו לזכותי, הפוליסה תבוטל.

ב. אני מאשר בזה שלא תהיינה לי כל תביעה או טענה נוספת בקשר לפדיון הכספים ו/או לזיכוי חשבוני בבנק ו/או משלוח הכספים באמצעות המחאה, בהתאם לבקשתי לעיל.

ג. ידוע לי שבמידה וקיימת הלוואה על שמי בחברת הכשרה חברה לביטוח, יתרת ההלוואה תקוזז מיתרת הכספים המגיעים לי.

ד. ידוע לי כי בעת המשיכה ינוכה מהרווחים שנצברו על כספי החיסכון מס מריבית, כמתחייב בחוק. מס זה חל בפוליסות פרט בלבד.

ה. הצהרה לעניין FATCA

ידוע לי שככל שאצהיר שהנני אזרח/תושב ארצות הברית או ככל הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח/תושב ארצות הברית 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 ה-FATCA.

ו. הצהרה לעניין CRS

ז. ידוע 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 את פרטים של החיסכון שלי בהתאם להוראות ה-CRS

## 7. חתימות

תאריך	שם מלא	מספר זהות	חתימה

גורסח 9.2022

טופס זה יש להחזיר למוקד שירות באמצעות פקס מס' 03-5167539  
או באמצעות כתובת המייל: scan-life@hcsra-ins.co.il