

**בקשה לקבלת אנונה - BEST INVEST**
**לקוח/ה יקר/ה,**

פוליסת הביטוח אשר ברשותך מבטיחה לך ביטחון כלכלי ותסייע לך ולקרוביך בעת קרות מקרה הביטוח. לפיכך, אנו ממליצים לך לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד השרות בחברה, בטלפון \*3453 לקבלת הסבר בנוגע למשמעות פדיון וקבלת סיוע במציאת פתרון חלופי.

שם הסוכן:

1 - פרטי המבוטח (יש לצרף צילום תעודת זהות)

שם מלא	מספר זהות	כתובת
--------	-----------	-------

2 - דיווח לרשויות המס בארצות הברית - FATCA

א. האם הנך תושב ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ב. האם הנך תושב ארה"ב לצורכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ג. במידה וסימנת כן בסעיפים א' או ב' יש לצרף טופס W9 בעל פוליסה שהינו תאגיד יש לצרף טופס W8-ben-e
---	---	--

3 - דיווח לרשויות המס בין מדינות - CRS

א. האם יש לך תושבות לצורכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. במידה וענית כן - אנא מלא את סעיף ב' להלן.					
ב. מדינות תושבות	מספר TIN	שם פרטי FIRST NAME	שם משפחה LAST NAME	רחוב ומספר בית ADDRESS - STREET - NO	רחוב ומספר בית CITY / TOWN
1.					
2.					

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.

תאריך: / / שם מלא: מס' זהות: חתימה:

4 - הנחיות המבוטח לקבלת באנונה - BEST INVEST

פוליסה מספר:	תשלום חודשי קבוע בסך:	תשלום חודשי לתקופה של:	מספר חשבון
	ש	שנים	

**לתשומת ליבך:** המאג' להוצאה, היעדר חתימה מסוכן וסוכן מיועדיהם פדיון

5 - פרטי חשבון בנק להעברת הכספים, (יש לצרף צילום שיק מבוטל או אישור לניהול חשבון) תשלום אנונה החל מחודש:

שם בעל החשבון	שם הבנק	מספר הבנק	שם הסניף	מספר הסניף



**בקשה לקבלת אנונה - BEST INVEST**
**6 - הצהרות המבוטח על פי צו איסור הלבנת הון**

- אני \_\_\_\_\_ (שם המבוטח) בעל מספר זהות \_\_\_\_\_ מצהיר בזאת: \_\_\_\_\_
- אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון זולת בעל הפוליסה והמבוטח/עמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרה חיים והמוטבים למקרה 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 מלא	מספר זהות	תאריך לידה או התאגדות	מען

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא כאשר המצהיר הוא תאגיד)

שם מלא	מספר זהות	תאריך לידה או התאגדות	מען

אני מתחייב להודיע על גל 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, מהווה עבירה פלילית.

\* אם המבוטח הוא תאגיד על ההצהרה להיות חתומה בחותמת התאגיד ובחתימת המורשים לחתום מטעמו.

תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימת המורשים (בתאגיד): \_\_\_\_\_

**7 - הצהרות הלקוח**

- א** - ידוע לעיניי 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 בע"מ, יתרת ההלוואה תקוזז מיתרת הכספים המגיעים לי.
- ד** - ידוע לי כי בעת המשכיה 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 תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה - FATCA
- ו** - הצהרה לעניין CRS - 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 תהיינה מחויבת למסור פרטים של החיסכון שלי בהתאם להוראות ה - CRS

**8 - חתימות**

תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

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