

הפקדה חד פעמית בפוליסות מסוג תגמולים לעצמאים

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

1 פרטי המבוטח (יש לצרף תעודת זהות)	
שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות	מספר פוליסה
מס' בית	מס' דירה
מס' ת.ד.	יישוב
מספר טלפון ניד	מספר טלפון ניח
מספר טלפון ניח	מספר טלפון ניד
מספר זהות	מיקוד

2 פרטי תשלום
אני, הח"מ, מאשר כי העברתי הפקדה חד פעמית, * בתאריך _____, על סכום _____ ₪ לפוליסה ברשותי באמצעות:
<input type="checkbox"/> המחאה, מס' המחאה _____, שם בנק _____, סניף _____, חשבון _____
<input type="checkbox"/> העברה בנקאית (יש לצרף אישור העברה), לבנק מזרחי טפחות, מס' בנק: 20, מספר סניף: 461, מספר חשבון: 277146
מבנק: _____, סניף: _____, חשבון: _____
* במידה והמפקיד אינו בעל הפוליסה, יש למלא שאלון 3 - גורם משלם אחר.
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.

3 בחירת מסלול השקעה בהפקדה חד פעמית - שים לב כי חלוקת המסלולים כמפורט לעיל מתייחסת להפקדה החד פעמית המצורפת לטופס זה בלבד																																				
<input type="checkbox"/> הפקדה חד פעמית עפ"י המסלולים הקיימים בחסכון המצטבר בפוליסה <input type="checkbox"/> בחירה לפי מסלול השקעה אחר מהרשימה למטה																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>גוף מנהל</th> <th>מסלול השקעות</th> <th>% השקעה בתגמולים</th> <th>% השקעה בפיצויים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="9">הכשרה חברה לביטוח בע"מ</td> <td>מודל השקעות תלוי גיל*</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>הכשרה - אג"ח ממשלת ישראל</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>הכשרה - מניות</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>הכשרה - שקלי טווח קצר</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה **</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>הכשרה - מסלול לבני 50-60 **</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה **</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>הכשרה - משולב סחיר</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>הכשרה - עוקב מדדים - גמיש</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>סה"כ 100%</td> <td>סה"כ 100%</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	גוף מנהל	מסלול השקעות	% השקעה בתגמולים	% השקעה בפיצויים	הכשרה חברה לביטוח בע"מ	מודל השקעות תלוי גיל*	%	%	הכשרה - אג"ח ממשלת ישראל	%	%	הכשרה - מניות	%	%	הכשרה - שקלי טווח קצר	%	%	הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה **	%	%	הכשרה - מסלול לבני 50-60 **	%	%	הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה **	%	%	הכשרה - משולב סחיר	%	%	הכשרה - עוקב מדדים - גמיש	%	%	סה"כ 100%	סה"כ 100%		
גוף מנהל	מסלול השקעות	% השקעה בתגמולים	% השקעה בפיצויים																																	
הכשרה חברה לביטוח בע"מ	מודל השקעות תלוי גיל*	%	%																																	
	הכשרה - אג"ח ממשלת ישראל	%	%																																	
	הכשרה - מניות	%	%																																	
	הכשרה - שקלי טווח קצר	%	%																																	
	הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה **	%	%																																	
	הכשרה - מסלול לבני 50-60 **	%	%																																	
	הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה **	%	%																																	
	הכשרה - משולב סחיר	%	%																																	
	הכשרה - עוקב מדדים - גמיש	%	%																																	
סה"כ 100%	סה"כ 100%																																			
* מסלול השקעה "מודל תלוי גיל" הינו מסלול ברירת מחדל. בהעדף בחירת מסלול יושקעו הכספים במסלול זה. ** מסלול שאינו ברירת מחדל. בעת בחירת מסלול זה לא תתבצע העברה בגיל המעבר למסלול השקעות תלוי גיל הבא.																																				
1. כספי העמית ב"מודל השקעות תלוי גיל" ישויכו באופן אוטומטי, בהתאם לגיל העמית, לאחד מ- 3 המסלולים הבאים: א. הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה. ב. הכשרה - מסלול לבני 50-60. ג. הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה.																																				
2. עמית אשר הגיע לגיל שקיים בו מסלול ברירת מחדל אחר המתאים לגילו, ישוּך לאותו מסלול ברירת מחדל אחר ביום (01 ביולי או 01 בינואר) הסמוך למועד בו הגיע לגיל בו קיים מסלול ברירת מחדל אחר כאמור.																																				

4 שאלון הכר את הכסף
שאלון זה מיועד רק ללקוחות שמלאו בעבר שאלון "הכר את הלקוח". במקרה של לקוח שלא מילא שאלון כאמור, תנאי לקבלת ההפקדה הוא מילוי שאלון הכר את הלקוח. ניתן להוריד את השאלון באתר החברה.
נא למלא את מקור הכסף:
<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
מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____
כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה, סוג העסק _____
שם המדינה: _____
תרומה <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____



5 הצהרת לפי צו איסור הלבנת הון ומימון טרור				
<p>אני _____ בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים, הסיבה לכך _____.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.</p> <p><input type="checkbox"/> הנהנים בפוליסה הם:</p>				
שם מלא	מס' זהות / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען
<p>האם הנהנה תושב חוץ: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא במידה והתשובה כן אנא מלא שאלון 1 איש ציבור זר.</p> <p>אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.</p> <p>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.</p> <p>תאריך _____ חתימת המבוטח: × _____</p> <p>*עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין. יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין FATCA ו-CRS</p>				
6 הצהרות				
<p><u>ידוע לי כי:</u></p> <p>1. המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד, ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת כפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.</p> <p>2. השינוי בהרכב ההשקעות יתבצע עפ"י הנקוב בתנאים הכללים בפוליסה.</p> <p>תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימת המבוטח _____</p>				

את הטופס המלא ניתן להעביר באמצעות: פקס - 03-5167870
 או בדוא"ל: best-h@hcsra-ins.co.il
 כתובת דואר: המלאכה 6 חולון, 5811801 ת.ד. 187