

בקשה למשיכת כספי הצבירה מפוליסה/ות

פוליסה/ות מס' _____ / _____ במסלול קצבה חודשית

א. פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	
טלפון נייד	טלפון נייד	טלפון נייד	
כתובת מגורים	דוא"ל		
האם אזרח ארה"ב? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם תושב ארה"ב? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	הערה חשובה לצורך יישום חוק FATCA במידה והמבוטח/בעל הפוליסה ענה "כן" על השאלה של אזרח/תושב ארה"ב יש לצרף טופס W9	

פרטי בן/בת הזוג במקרה והנך נשוי

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר תעודת זהות
----------	---------	------------	-----------------

ב. אבקש לשלם לי את הגמלה החל מיום _____ / _____ 01 לפי האפשרות אשר הוצעה לי במכתבכם מיום _____

ג. אבקש בזאת לעדכן את שמות המוטבים בפוליסה/ות על שמי, לפי הפירוט הבא				
שם המוטב/ת	מספר תעודת זהות	החלק באחוזים	קרבה	תאריך לידה

ד. להלן רשימת המסמכים שחובה לצרפם לבקשה	
<input type="checkbox"/> צילום תעודת זהות	<input type="checkbox"/> אישור פקיד השומה - חובה לצרף רק כאשר קצבה זו אינה הכנסתך היחידה
<input type="checkbox"/> המחאה מבוטלת לדוגמא	<input type="checkbox"/> טופס 101 א'

ה. פרטי הפקדה - אבקש להפקיד את הגמלה החודשית לחשבון הבנק כמפורט			
שם הבנק	מס' סניף	מס' חשבון	שם בעל החשבון

ו. הצהרת המבוטח
<p>הריני מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן:</p> <p>1. הריני מתחייב לפניכם כי החלטתי זו הינה סופית ואינה ניתנת לביטול ו/או שינוי ולא אוכל לחזור בי מהחלטתי זו</p> <p>2. כל האמור בהצהרה זו והפרטים שמסרתי בטופס הבקשה הינם נכונים</p> <p>3. הצהרה לעניין FATCA</p> <p>החברה הודיעה לי כי אם אצהיר כי אני אזרח/תושב ארה"ב 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 ה- FATCA</p>

ז. חתימת המבוטח

שם המבוטח _____ תעודת זהות _____ תאריך _____ חתימת המבוטח _____

ניתן להעביר את טופס הבקשה בדוא"ל: gimla@hcsra-ins.co.il



קוד מסמך 3068