

בקשה לשינוי סכום הפקדה חודשית בפוליסה פרט / תגמולים לעצמאיים

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

פרטי המבוטח		שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות		תאריך לידה		מספר פוליסה (חובה)	
מקום מגורים:											
רחוב		מס' בית		מס' דירה		ת.ד.		יישוב		מיקוד	
מספר טלפון נייד		מספר טלפון נייד		דוא"ל							

2 בקשה להגדלת הפקדה חודשית

אני הח"מ מורה בזאת לבצע הגדלה בפוליסה לפרמיה חודשית לסך _____ ש"ח החל מתאריך _____.
 הגדלה תבוצע בהתאם למסלולי ההשקעה הקיימים בפוליסה. לשינוי מסלול השקעות יש למלא טופס "שינוי מסלול השקעות".

3 בקשה להקטנת הפקדה חודשית

אני הח"מ מורה בזאת לבצע הקטנה בפוליסה לפרמיה חודשית לסך _____ ש"ח החל מתאריך _____.

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:

משכורת/קצבה תקבולים/הכנסות ממעסיק חסכונות שנצברו תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון מכירת עסק
 הלוואה ירושה פיצויי פיטורין/פרישה זכייה השכרת נכס העברת כספים מקופת גמל אחרת
 מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____
 כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה, סוג העסק _____ שם המדינה: _____
 תרומה אחר, פרט: _____

5 הצהרה 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	מס' זהות	תאריך לידה / התאגדות	מען

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות	תאריך לידה / התאגדות

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 בעל הפוליסה / עמית: _____

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



^dt3158

6 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"/>		
<p>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.</p> <p>תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת המבוטח: X _____</p> <p>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.</p>			
שאלת FATCA			

7 הצהרה לעניין CRS - חובה למלא בפוליסה אישית (פרט) בלבד			
<p>האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)?</p> <p>כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>אם ענית "כן", נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה.</p>			
שם פרטי (אנגלית) First Name		שם משפחה (אנגלית) Last Name	
מדינה תושבות המס Tax Residency Country		TIN מס' משלם מס מקומי	
כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)		מיקוד ZIP Code	
מדינה Country		רחוב ומס' בית Street and number	
יישוב City			
<p>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.</p> <p>תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת המבוטח: X _____</p>			
שאלת CRS			

8 הצהרות	
ידוע לי כי:	
1. המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד, ואחסון לכלל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת כפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.	
2. השינוי בהרכב ההשקעות יתבצע עפ"י הנקוב בתנאים הכלליים בפוליסה.	
3. הצהרה לעניין FATCA	
ידוע לי כי אם אצהיר כי אני אזרח/תושב ארצות הברית או אם 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	
4. הצהרה לעניין CRS	
ידוע לי כי אם אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או 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 שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-CRS.	
תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימת המבוטח: _____	

את הטופס המלא ניתן להעביר באמצעות: פקס - 03-5167870

או בדוא"ל: scan-life@hcsra-ins.co.il

כתובת דואר: המלאכה 6 חולון, 5811801 ת.ד. 187