

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד  
**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

**בקשה לרישום מוטב בקביעה בלתי חוזרת בפוליסת פרט**

**א. פרטי המבוטח הראשי:**

שם פרטי ושם משפחה:	מספר זהות:	תאריך לידה:
מספר טלפון:	מספר טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:

**ב. פרטי בעל הפוליסה (רק במידה ושונה מהמבוטח הראשי):**

שם פרטי ושם משפחה:	מספר זהות:	תאריך לידה:
מספר טלפון:	מספר טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:

**ג. בקשה לרישום מוטב בקביעה בלתי חוזרת: יש לצרף צילום ת.ז. של המוטב**

מוטב בלתי חוזר עבור החסכון המצטבר בפוליסה/ות מספר: \_\_\_\_\_

הריני לבקש מחברת הביטוח לרשום את \_\_\_\_\_ כמוטב בקביעה בלתי חוזרת (להלן "המוטב"):  בסך של \_\_\_\_\_ ₪ (צמוד למדד המחירים לצרכן)  על כל סכום החיסכון בפוליסה. **ידוע לי כי:** שינוי המוטב מותנה באישורו ובהסכמתו מראש ובכתב של המוטב הבלתי חוזר הקיים בפוליסה.

מוטב בלתי חוזר למקרה מוות (חוי"ח) בפוליסה/ות מספר: \_\_\_\_\_

הריני לבקש מחברת הביטוח לרשום את \_\_\_\_\_ כמוטב בקביעה בלתי חוזרת (להלן "המוטב"):  בסך של \_\_\_\_\_ ₪ צמודים למדד המחירים לצרכן  על כל סכום הביטוח בפוליסה.

- במקרה מוות חוי"ח, יתרת תגמולי הביטוח, אם תהיה, תשולם למוטבים כפי שרשומים בפוליסה.
- שינוי המוטב מותנה באישורו ובהסכמתו מראש ובכתב של המוטב הבלתי חוזר הקיים בפוליסה.

**ד. פרטי המוטב הבלתי חוזר:**

שם המוטב	מספר זהות/ח.פ.	תאריך לידה
כתובת: רחוב _____ מספר בית _____ מספר דירה _____ עיר _____ מיקוד _____		

**ה. הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA ו-CRS: (עבור פוליסות מסוג סטטוס אישי, TOP LIFE, TOP FINANCE, TOP KIDS קצבה מיידית פרט) שהופקו החל מ-1.7.2014:**

1. האם אתה אזרח ארה"ב?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - נא למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים:			

מדינות תושבות	שם פרטי FIRST NAME	שם משפחה LAST NAME	רחוב ומס' בית STREET NO-ADDRESS	ישוב CITY/TOWN	מספר

**במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם:**

- האם הינך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב?  כן - העבר טופס W9  לא - העבר טופס W8BENE
- יש למלא שאלון CRS לתאגיד (חובה לכל תאגיד, השאלון זמין בפורטל החברה ובאתר האינטרנט).

אני מצהיר/ב בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן. ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל. מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים. שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**ו. חתימת בעל הפוליסה:**

תאריך	שם בעל הפוליסה	מספר זהות	חתימת בעל הפוליסה
-------	----------------	-----------	-------------------

**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**