לכבוד
כלל חברה לביטוח בע"מ
החטיבה לחסכון ארוך טווח
ת.ד. 370070
תל אביב 6136902

לידי מחלקת מבוטחים

בקשה לקבלת כספים בתום תקופת הפוליסה

טופס זה בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פוליסה/ות מספר _____ **שם המבוטח** _____

א. פרטי המבקש (הזכאי לקבלת כספי תום ביטוח והוא מי שנקבע כמוטב לתום הפוליסה)

שם המוטב/העמית המבקש	מספר תעודת זהות		תאריך הבקשה
רחוב או מספר ת.ד.	מספר בית	יישוב	מיקוד
טלפון	טלפון נייד	דוא"ל	

נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בארה"ב – FATCA - הצהרה עצמית.

האם הנך אזרח ארה"ב? ☐ לא ☐ כן	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס? ☐ לא ☐ כן	במידה וענית בחיוב על אחת מן השאלות יש להמציא טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב (US.TIN).
האם הנך יליד ארה"ב? ☐ לא ☐ כן	במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית	

נתונים לצורך דיווח לרשויות המס, יישום תקן אחיד – CRS - הצהרה עצמית.
עבור פוליסות פרט בבעלות תאגיד יש למלא גם טופס תאגידים CRS

האם יש לך תושבות לצורכי מס במדינה זרה פרט לארה"ב? ☐ לא ☐ כן	• במידה וענית בחיוב יש לענות על השאלות הבאות. • ככל וישנן מספר מדינות תושבות יש לענות על השאלות עבור כל אחת מהמדינות
שם מלא באנגלית:	כתובת מלאה באנגלית: עיר_____ רחוב_____ מספר בית_____
המדינות הזרות בהן יש לך תושבות לצורכי מס	מספר מזהה לצרכי מס (* TIN בכל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס)
1 |	1 |
2 |	2 |
3 |	3 |

*ככל ולא קיים מספר TIN נא פרט מדוע:
_____

ככל ובעתיד יחול שינוי בנוגע לתושבותך לצרכי מס במדינה זרה ו/או בנוגע לאזרחותך עלייך לעדכן אותנו תוך 30 יום

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי בסעיף זה, מלא ומהימן
שם: _____ תאריך: _____ חתימת בעל הפוליסה _____

הערה: במידה והנך מתחת לגיל 18. יש לצרף תצהיר אפוטרופסות או אישור בית משפט

ב. שינוי מוטבים בפוליסה

במידה והנך מעוניין בשינוי מוטבים לתום תקופת הפוליסה, יש למלא סעיף זה ולהגיש את הבקשה **לפני** תום תקופת הפוליסה.

☐ ברצוני לשנות את המוטב הנקוב בפוליסה לתום תקופה לפי המפורט להלן:

שם המוטב	מספר תעודת זהות	קרבה	אחוז

100161_L514_בקשה לקבלת כספים בתום תקופת הפוליסה | 08/2018

ג. הצהרת בעל הפוליסה/מבוטח (תוספת שניה לצו איסור הלבנת הון)

מספר פוליסה _____

אני (שם בעל הפוליסה/המבוטח*) _____

בעל מספר זהות/מספר ח.פ. _____

מצהיר בזה כי:

☐ אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה/המבוטח, חמעט 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	מספר תעודת זהות**	תאריך לידה/התאגדות***	כתובת***

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

שם	מספר תעודת זהות**	תאריך לידה/התאגדות***

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט מחייב 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 _____

* מחק את המיותר

** לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי

*** ימולא אם חסר ש או מספר זהות

ד. העברת סכום הפדיון לבנק - אבקש להעביר את סכום הפדיון לזכות חשבוני בבנק:

שם בנק	שם סניף	מספר סניף	מספר חשבון בנק

לתשומת ליבך

יש לצרף את המסמכים הבאים:

- תצלום המחאה מבוטלת או אישור הבנק על ניהול חשבון.
- תצלום קריא וברור של תעודת זהות.
- תושב חוץ - יש לצרף תצלום דרכון ותעודה מזהה רשמית נוספת (רשיון נהיגה).

ה. הצהרת המבוטח:

ידוע לי כי,

1. כספים שהופקדו בפוליסות כפופות לתקנות החל מ- 1.1.2008 הם כספים בקצבה.
2. ייתכן ומשיכת הכספים תחייב ניכוי מס.
3. תשלום הכספים מותנה בקבלת כל ההצהרות והמסמכים הדרושים.

תאריך _____ מספר זהות המבקש _____ חתימת המבקש _____

ו. הצהרת הסוכן:

אני מכיר וזהיתי את הלקוח באופן אישי, לאחר שזיהה את עצמו בתעודת זהות וחתם על הוראה זו בפניי.

תאריך _____ שם הסוכן המטפל _____ מספר סוכן _____

חתימת הסוכן המטפל _____

100161_L514_בקשה לקבלת כספים בתום תקופת הפוליסה | 08/2018