

## בקשה לקבלת כספים בתום תקופת הפוליסה

טופס זה בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

שם המבוטח

פוליסה/ות מספר

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

שם המוטב/העמית המבקש	מספר תעודת זהות	תאריך הבקשה
----------------------	-----------------	-------------

עדכונים בנושא משיכת הכספים ישלחו לפרטי הקשר המצויים במערכות החברה. אם ברצונך לוודא שפרטי הקשר מעודכנים או לעדכן אותם, באפשרותך לבצע זאת באזור האישי שלך באתר האינטרנט של כלל חברה לביטוח בע"מ בכתובת [www.clalbit.co.il](http://www.clalbit.co.il) או באמצעות פנייה למוקד שירות הלקוחות בטלפון \*5454

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון טלפון נייד)  דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות ישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון טלפון נייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון \*5454.

אני מוסר לכלל חברה לביטוח בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לרכוש את המוצר או לקבל את השירות לגביו לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שיגיע אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולשימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרות השימוש, למי ימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת [www.clalbit.co.il](http://www.clalbit.co.il) (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

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

האם הנך אזרח ארה"ב?	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס?	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).
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

האם הנך יליד ארה"ב?  לא  כן במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על יותר 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 לצרכי מס במדינה זרה פרט לארה"ב?	<ul style="list-style-type: none"> <li>במידה וענית בחיוב יש לענות על השאלות הבאות.</li> <li>ככל וישנן מספר מדינות תושבות יש לענות על השאלות עבור כל אחת מהמדינות</li> </ul>
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

שם מלא באנגלית: \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר בית \_\_\_\_\_

המדינות הזרות בהן יש לך תושבות 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 אפוסטרופוסות 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

**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.

אני מאשר לכלל ביטוח ופיננסים לפנות לבנק בו מתנהל חשבוני לצורך אימות פרטי החשבון בטרם ביצוע התשלום. האימות יבוצע באמצעות השוואת הפרטים שמסרתי בבקשת המשיכה עם הפרטים המצויים בידי הבנק. כלל תשומת תיעוד של האימות במאגר המידע שלה. אני מוותר על כל טענה בדבר הפרת חובת הסודיות המוטלת על הבנק בגין האימות, והנני מורה בזאת לבנק להשיב לבקשת האימות שהתקבלה לאחר שהבנתי את משמעות האמור. ידוע לי כי באפשרותי לחזור מהסכמתי זו ע"י פניה למוקד השירות וזאת כל עוד לא נשלחה בקשת האימות. ידוע לי כי לבנק לא תהיה כל אחריות מכל מין וסוג שהוא על המידע שהועבר לכלל ושנשמר בידי כלל ולאבטחת המידע בידי כלל.

תאריך \_\_\_\_\_ מספר זהות המבקש \_\_\_\_\_ חתימת המבקש \_\_\_\_\_

**ו. הצהרת הסוכן:**

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן המטפל \_\_\_\_\_ מספר סוכן \_\_\_\_\_

חתימת הסוכן המטפל \_\_\_\_\_