



טופס מספר 612

בקשה לביצוע שינויים בפוליסת פרט מסוג – חיסכון פיננסי/עוגן/אופק/PAYBACK

א. פרטי בעל הפוליסה				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות		תאריך לידה
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מספר ילדים	מספר טלפון	מספר נייד
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני		מספר פוליסה לשינוי		

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 לטלפון נייד) **דואר רגיל**

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון הנייד), 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 יימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

ב. שינוי בהפקדות החודשיות
אבקש לשנות את ההפקדה החודשית החל מתאריך _____ לסכום של _____ ש"ח
בפוליסה מסוג: <input type="checkbox"/> חיסכון פיננסי קוד- 316 <input type="checkbox"/> אופק/עוגן קוד פנימי 288

ג. הפסקת תשלום (הקפאה)
<input type="checkbox"/> אבקש להפסיק את התשלומים ולהקפיא את הפוליסה
בפוליסה מסוג: <input type="checkbox"/> חיסכון פיננסי - קוד פנימי 317 <input type="checkbox"/> אופק/עוגן קוד פנימי 61 <input type="checkbox"/> Payback קוד פנימי 1538

ד. שינויים בפוליסה מסוג PAYBACK
<input type="checkbox"/> שינוי במועד התשלום החודשי (קוד פנימי 1528) - אבקש לשנות את מועד התשלום החודשי למועד: <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 בכל חודש
לתשומת ליבך, טפסים שיתקבלו בחברה עד ל- 25 לחודש, מועד התשלום החודשי יעודכן בחודש העוקב. טפסים שיתקבלו לאחר ה- 25 לחודש, מועד התשלום החודשי יעודכן בחודש הבא לאחר החודש העוקב.
<input type="checkbox"/> שינוי אופן ההצמדה למדד (קוד פנימי 1529) - אבקש לשנות את אופן הצמדת התשלום החודשי למדד החל מתאריך _____
כך שהתשלום החודשי יהיה: <input type="checkbox"/> צמוד למדד <input type="checkbox"/> לא צמוד למדד
<input type="checkbox"/> שינוי בתשלום החודשי (קוד פנימי 1527) - אבקש לשנות את תשלום הפדיון החלקי לשיעורין מידי חודש החל מתאריך _____
לסכום של _____ ש"ח

ה. חתימת המבוטח
שם פרטי _____ ומשפחה _____
תאריך _____
חתימת המבוטח <input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הפוליסה (במידה ושונה מהמבוטח) <input checked="" type="checkbox"/>



1. הצהרת בעל פוליסה שהוא תאגיד

1. **משיכת החיסכון המצטבר בתום תקופה:**
מוצהר בזאת, כי התקשרותי בפוליסה מסוג "חיסכון פיננסי לעתיד - הפקדה שוטפת" ו/או "חיסכון פיננסי לעתיד - הפקדה חד פעמית", הינה בהתאם להסכם שנחתם ביני לבין המועמד לביטוח, והנני מתחייב כי החיסכון המצטבר בפוליסה בתום תקופת הביטוח ייועד לטובת המועמד לביטוח בלבד, והכל בכפוף להוראות הפוליסה ולהסדר התחיקתי.
2. **משיכת החיסכון המצטבר במהלך תקופת הביטוח:**
החברה תשלם לבעל הפוליסה את החיסכון המצטבר שנמשך בתוך 30 ימים מהיום שבו הגיעו למשרדי החברה בקשה כתובה וכל המסמכים הדרושים לתשלום החיסכון המצטבר. ואולם אם היה בעל הפוליסה, חבר בני אדם או תאגיד, תשלם לו החברה את החיסכון המצטבר בכפוף לכך שהתקיים אחד מהתנאים הבאים לפחות:
 - א. בהתאם להצהרה של בעל הפוליסה כי המשכיה היא לצורכי תשלום מענק פרישה למבוטח על פי הסכם עבודה בין בעל הפוליסה למבוטח ובמקרה זה יש לצרף לבקשת המשכיה טופס 161 של רשות המיסים, או כל טופס אחר שיבוא במקומו, אשר בו מצויין הסכום לתשלום למבוטח הזהה לסכום המשכיה.
 - ב. התקבל בחברה צו או פסק-דין של ערכאה משפטית מוסמכת, הקובע את זכאותו של בעל הפוליסה שהוא תאגיד לחיסכון המצטבר בפוליסה. **על אף האמור בסעיף זה, מובהר כי ככל שהתקבל בחברה צו או פסק דין של ערכאה משפטית מוסמכת על זכאותו של המבוטח לחיסכון המצטבר, ישולם החיסכון המצטבר לפני תום תקופת הביטוח למבוטח.**
 - ג. בעל הפוליסה שהוא תאגיד העביר בקשה בכתב חתומה על ידו ועל ידי המבוטח, על העברת מלוא החיסכון המצטבר לפוליסת ביטוח אחרת למטרה דומה.

תאריך _____ שם החותם _____ תפקיד _____ חתימה וחותמת בעל הפוליסה

2. FATCA - נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בארצות הברית - הצהרה עצמית

האם הנך אזרח ארה"ב? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית	
פוליסה בבעלות תאגיד/מעסיק	האם התאגיד/מעסיק הינו יישות אמריקאית? <input type="checkbox"/> לא, יש להמציא טופס W8ben-e <input type="checkbox"/> כן, יש להמציא טופס W9	מקום התאגדות התאגיד/מעסיק? <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> ארה"ב <input type="checkbox"/> אחר

ככל ובעתיד יחול שינוי בנוגע לתושבותך לצרכי מס במדינה זרה ו/או בנוגע לאזרחותך עליך לעדכן אותנו תוך 30 יום
אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי הסעיף זה, מלא ומהימן.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימת בעל הפוליסה

3. הצהרת בעל פוליסה/ מבוטח (תוספת שניה לצו איסור הלבנת הון)

מספר הפוליסה _____
אני _____ (שם בעל הפוליסה/המבוטח) בעל מספר זהות/ת.פ. _____
מצהיר בזה כי (יש לבחור באחת מהאפשרויות הבאות):
 אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח, 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	מספר תעודת זהות**	תאריך לידה/התאגדות***	מען***

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

שם	מספר תעודת זהות**	תאריך לידה***

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

* מחק את המיותר
** לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי
*** ימולא אם חסר שם או מספר זהות

07/2025 | בקשה לביצוע הפקדה ח.פ בפוליסת פרט 484 L612