

בקשה לביצוע הפקדה חד פעמית בפוליסת פרט מסוג – חיסכון פיננסי/עוגן/אופק

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
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
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 שמסרת לי עליל (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 שגיע 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 אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

ב. הפקדה חד פעמית

אבקש לבצע הפקדה חד פעמית נוספת בסך _____ ש"ח

בפוליסה מסוג: חיסכון פיננסי - קוד פנימי 994 אופק - קוד פנימי 1131

באמצעות: העברה בנקאית - לחשבון מס' 480609 סניף 600 בנק 12 (יש לצרף אסמכתא לביצוע ההעברה) צ'ק

שים לב, בעת ביצוע הפקדה חדשה, יושקעו הכספים במסלולי ההשקעה הקיימים בפוליסה. ככל שברצונך לשנותם, יש לעדכן את מסלולי ההשקעה בטופס זה.

ג. חתימת המבוטח

שם פרטי _____ חתימת המבוטח

שם משפחה _____ חתימת בעל הפוליסה (במידה ושונה מהמבוטח)

תאריך _____

ד. 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 יועד 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 המשיכה היא לצורכי תשלום מענק פרישה למבוטח על פי הסכם עבודה בין בעל הפוליסה למבוטח ובמקרה זה יש לצרף לבקשת המשיכה טופס 161 של רשות המיסים, או כל טופס אחר שיבוא במקומו, אשר בו מצויין הסכום לתשלום למבוטח הזהה לסכום למשיכה.

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.

חתימה וחותמת _____ חתימת בעל הפוליסה

שם החותם _____ תפקיד _____

תאריך _____

ה. 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

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

מספר הפוליסה _____
אני _____ (שם בעל הפוליסה/המבוטח) בעל מספר זהות/ח.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

הפקדה חפשינית"ם בפוליסת חיטון פיננס-עוגן אופק L545 483 | 07/2025