

**לכבוד כלל חברה ביטוח בע"מ**

## הנדון: בקשה למשיכת כספים (פדיון) עובדים זרים

פרטי המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	מספר דרכון	מספר פוליסה	טלפון

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](http://www.clalbit.co.il) (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

**אבקש למשוך כספי הביטוח.**
**הריני מודעת/לניכוי מס 15%**
 אבקש להעביר את סכום הפדיון לזכות חשבוני בבנק:

שם הבנק \_\_\_\_\_ מספר סניף \_\_\_\_\_ מספר חשבון \_\_\_\_\_

**מצורף אישור מהבנק על ניהול חשבון ו/או צילום צ'ק וצילום דרכון.**

אני מאשר לכלל ביטוח ופינוסים לפנות לבנק בו מתנהל חשבוני לצורך אימות פרטי החשבון בטרם ביצוע התשלום. האימות יבוצע באמצעות השוואת הפרטים שמסרת בבקשת המשיכה עם הפרטים המצויים בידי הבנק. כלל תשמור 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"פ 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.

 אבקש להנפיק צ'ק ללא סימון למוטב בלבד מאחר ואיני בעל חשבון הבנק.

ידוע לי כי על מנת לקבל את הצ'ק עלי להתייצב במשרדי החברה.

**מצורף צילום דרכון**
 אבקש לפדות את סכום הפדיון העומד לזכותי בפוליסה הנ"ל

באמצעות מר. \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_ ולהעביר לחשבון

**מצורף טופס המחאת זכויות:**

שם בעל החשבון \_\_\_\_\_

שם הבנק \_\_\_\_\_ מספר סניף \_\_\_\_\_ מספר חשבון \_\_\_\_\_

העברת הפדיון באמצעות מר/ת \_\_\_\_\_

מהווה תשלום עבורי ולא תהייה לי כל טענות כלפיכם.

**מצורף צילום דרכון של המבוטח וכן צילום דרכון או צילום תעודת זהות וכן צילום צ'ק של בעל החשבון (או אישור מהבנק על ניהול החשבון).**



### 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	

### CRS – נתונים לצורך דיווח לרשויות המס, יישום תקן אחד – הצהרה עצמית.

האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה זרה פרט לארה"ב? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<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>	
שם מלא באנגלית:	כתובת מלאה באנגלית:	
מספר בית	רחוב	עיר
המדינות הזרות בהן יש לך תושבות לצרכי 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

### הצהרת מוטב לפי תוספת שלישית לצו איסור הלבנת הון: חובה למלא בעת משיכת פוליסת פרט

אני \_\_\_\_\_ (שם המוטב ובתאגיד מוטב – שם התאגיד) בעל מספר זהות/ח.פ.פ. \_\_\_\_\_ מצהיר בזה כי (יש לבחור באחת מהאפשרויות הבאות):

אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח.

הנהנים (שאינם מוטבים) מקבלת תגמולי הביטוח הם:

שם	מספר ת.ז.*	תאריך לידה/התאגדות**	מענן**

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: \_\_\_\_\_ חתימה

\* לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי  
\*\* ימולא אם חסר שם או מספר זהות

תאריך: \_\_\_\_\_ מספר דרכון: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה/ עו"ד בא כוחו

