

# בקשה למשיכה חודשית מפוליסת "הראל מגוון השקעות אישי", "הראל אינדקס" ו"הראל מגוון גמל" עם כספים נזילים

חותמת תאריך קבלת הבקשה

לתשומת לבך, טופס זה מיועד לבקשה למשיכת סכום קבוע שתבוצע בכל חודש החל ממועד ביצוע הבקשה. במקרה שמבוקשת משיכה חד פעמית, מלאה או חלקית, יש למלא טופס פדיון בהתאם לסוג הפוליסה.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

שם סוכן: ..... טל' סוכן: .....  
מספר פוליסה (חובה למלא) ("הפוליסה")

יש לצרף את הטפסים הבאים:  צילום תעודת זהות\*  צילום המחאה מבוטלת / אישור ניהול חשבון טפסים נוספים בעת הצורך: .....  
\*במקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה.

**א פרטי בעל הפוליסה**  
שם פרטי ושם משפחה  
 מס' תעודת זהות  דרכון

**ב הצהרה עצמית - FATCA (רלוונטי רק לפוליסות מגוון פרט)**  
1. האם אתה אזרח ארצות הברית?  כן  לא  
2. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס?  כן  לא  
3. האם אתה יליד ארצות הברית?  כן  לא  
אם ענית כן על אחד מהסעיפים 1 ו/או 2, נא צרף טופס W9 ובנוסף ציין את מספר הזיהוי הפדרלי שלך בארצות הברית, U.S TIN .....  
א. אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.  
ב. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו.  
שם ..... ת.ז. .... תאריך ..... חתימה /  
1אם אינך אזרח ארצות הברית או תושב לצרכי מס בארצות הברית, אך נולדת בארצות הברית, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית. טופס W9 וכן טפסים רלוונטיים אחרים ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS) או לחלופין מאתר האינטרנט של החברה.

**הצהרה עצמית בדבר תושבות מס לצורך CRS**  
האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארצות הברית)?  כן  לא  
אם ענית כן, נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה.

שם פרטי באנגלית First Name				שם משפחה באנגלית Last Name		מדינת תושבות המס Tax Residency Country	
כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)				מספר משלם מס מקומי TIN		מדינת תושבות המס Tax Residency Country	
מדינה Country	יישוב City	רחוב ומספר בית Street and number	מיקוד Zip Code	מספר משלם מס מקומי	מדינת תושבות המס Tax Residency Country	מדינה Country	יישוב City

א. אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.  
ב. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו.  
ג. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצוינות לעיל.  
ד. אם אחת מהמדינות המצוינות לעיל הינה מדינה בת דיווח, יועבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדיון.  
שם ..... ת.ז. .... תאריך ..... חתימה /

**ג סכום למשיכה חודשית**  
אני, הח"מ, מבקש בזאת מ"הראל חברה לביטוח בע"מ" לבצע פדיון חודשי מהפוליסה בסך של ..... ש"ח (מינימום 500 ש"ח) (הסכום יועבר לחשבונך לאחר ניכוי מס כדיון).

**ד פרטי חשבון בנק להעברת סכום המשיכה החודשית**  
אבקש להעביר את סכום הפדיון לזכות חשבון:  
שם בנק: ..... מס' בנק: ..... שם סניף בנק: ..... מס' סניף: ..... מס' חשבון: .....

טווח ההראל 36492.31 04/2022

1. סכום הפדיון שיועבר אליך יהיה לאחר ניכוי מס ככל שנדרש בהתאם להוראות הדין.
2. ייתכן שיידרשו מסמכים נוספים לצורך הטיפול במשיכת הכספים.
3. התשלום החודשי ייפסק במקרה פטירת המבוטח והיתרה שנותרה בפוליסה תשולם למוטבים.
4. לא ניתן לקבל "משיכה חודשית" מפוליסה אשר מופקדות אליה הפקדות חודשיות.
5. סכום המשיכה החודשית יהיה צמוד למדד המחירים לצרכן.
6. ניתן להפסיק את המשיכה החודשית או לשנות את סכום המשיכה החודשית בכל עת באמצעות הודעה בכתב לחברה.
7. סכום המשיכה החודשית ישולם עד למועד שבו יתרת החיסכון תהיה אפס. במקרה שבחודש התשלום האחרון היתרה הצבורה נמוכה מסכום המשיכה החודשית, המשיכה החודשית באותו חודש יהיה בגובה היתרה שנותרה.
8. התשלום החודשי ייבוצע בהעברה בנקאית בין ה-20 לבין ה-26 לחודש.

## ה הצהרות

1. אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לביצוע המשיכה.
  2. לצורך משיכת הכספים, אני החתום מטה נותן הרשאה להראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ והחברות בשליטתה לקבל מידע מהבנק, באמצעות מס"ב כדי לאמת את הצהרתי בדבר חשבון הבנק שבבעלותי, ומוותר על הסודיות הבנקאית ועל כל טענה נגד הבנק ומורה לבנק למסור את המידע המבוקש לצורך כך.
- \*עד למועד הפניה למס"ב באפשרותך לחזור בך מהסכמה זו באמצעות פנייה למוקד שירות לקוחות של חברתנו בטלפון 2735\*.

תאריך: ..... שם בעל הפוליסה: ..... חתימת בעל הפוליסה:  .....