

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

אם הנך מעוניין בקבלת גמלא חודשית יש למלא טופס בקשה לקבלת גמלא.

יש לצרף לטופס זה:

- צילום תעודת זהות וספח כתובות. מומלץ לצלם בהיר על מנת שהפקס יגיע קריא וברור.
- בפוליסת מנהלים יש לצרף טופס העברת בעלות + 161.
- המחאה מבוטלת / אישור ניהול חשבון (לצורך הפקדת סכום הביטוח/ערך הפדיון בחשבון הבנק).

יש למלא את הטופס ולהחזירו למס' פקס בהראל 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

לכבוד הראל חברה לביטוח בע"מ - אגף ביטוח חיים  
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802

<b>א</b>	<p><b>פרטי בעל הפוליסה</b> (יש לצרף צילום תעודת זהות ובמקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black;">שם פרטי ושם משפחה</td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> מס' תעודת זהות <input type="checkbox"/> דרכון</td> <td style="width: 40%; border: 1px solid black;">מספר פוליסה (חובה למלא!)</td> </tr> </table> <p>המידע וההודעות בקשר עם בקשת הפדיון ישלחו לפרטי הקשר הקיימים אצלנו. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.</p>	שם פרטי ושם משפחה	<input type="checkbox"/> מס' תעודת זהות <input type="checkbox"/> דרכון	מספר פוליסה (חובה למלא!)
שם פרטי ושם משפחה	<input type="checkbox"/> מס' תעודת זהות <input type="checkbox"/> דרכון	מספר פוליסה (חובה למלא!)		

<b>ב</b>	<p><b>אני הח"מ, בעל הפוליסה/ות והמבוטח בפוליסה/ות לעיל, מבקש בזאת לבצע את הפעולות הבאות</b></p> <p><input type="checkbox"/> לשלם לי את סכום הביטוח/ערך הפרעון בפוליסה. ידוע לי כי ינוכה מס במקור בשיעור 35% על המשיכה בגין הכספים החייבים במס על פי תקנות קופ"ג או מס רווחי הון כחוק בפוליסות פרט.</p> <p><input type="checkbox"/> הנני מעוניין לבצע העברת הכספים החייבים במס בלבד לפוליסה חדשה (מצ"ב בקשת הצטרפות + העברה).</p> <p><input type="checkbox"/> הנני מעוניין לבצע העברת כל הכספים הצבורים לפוליסה חדשה (מצ"ב בקשת הצטרפות + העברה).</p> <p><input type="checkbox"/> הנני מעוניין להעביר כספים פרטיים בניכוי מס רווחי הון (במידה וקיים) לתוכנית המשך- מגוון השקעות אישי (מצ"ב בקשת הצטרפות).</p> <p><input type="checkbox"/> אחר (מצ"ב טופס רלוונטי נלווה):</p>
----------	---

<b>ג</b>	<p><b>זיהוי לפי ה-FATCA וה-CRS</b></p> <p><b>הצהרה עצמית - FATCA</b></p> <p>1. האם אתה אזרח ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא 2. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא 3. האם אתה יליד ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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.</p> <p>שם..... ת.ז..... תאריך..... חתימה.....</p> <p><sup>1</sup>אם 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.</p> <p><b>הצהרה עצמית בדבר תושבות מס לצורך CRS</b></p> <p>האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארצות הברית)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">שם פרטי באנגלית First Name</th> <th style="width: 20%;">שם משפחה באנגלית Last Name</th> <th colspan="3" style="width: 60%;">כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="width: 15%;">מדינה Country</td> <td style="width: 15%;">יישוב City</td> <td style="width: 30%;">רחוב ומספר בית Street and number</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>מיקוד Zip Code</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TIN מספר משלם מס מקומי</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>מדינת תושבות המס Tax Residency Country</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3.</td> </tr> </table> <p>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.</p> <p>שם..... ת.ז..... תאריך..... חתימה.....</p>	שם פרטי באנגלית First Name	שם משפחה באנגלית Last Name	כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)					מדינה Country	יישוב City	רחוב ומספר בית Street and number					מיקוד Zip Code					TIN מספר משלם מס מקומי					מדינת תושבות המס Tax Residency Country					1.					2.					3.
שם פרטי באנגלית First Name	שם משפחה באנגלית Last Name	כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)																																							
		מדינה Country	יישוב City	רחוב ומספר בית Street and number																																					
				מיקוד Zip Code																																					
				TIN מספר משלם מס מקומי																																					
				מדינת תושבות המס Tax Residency Country																																					
				1.																																					
				2.																																					
				3.																																					



dt3715

אני מבקש מהראל חברה לביטוח בע"מ לשלם לי את סכום הביטוח/ערכי הפרעון בפוליסה/ות לעיל באופן הבא:


העברה בנקאית לחשבון: שם בנק..... מס' בנק..... מס' סניף..... מס' חשבון.....

ה הצהרות המבוטח/בעל הפוליסה<sup>4</sup>

1. הריני מבקש מהראל חברה לביטוח בע"מ לבצע את בקשתי כאמור בבקשה זו.

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 מלא של המבוטח/בעל הפוליסה..... חתימת המבוטח/בעל הפוליסה 

<sup>4</sup>שים לב, במידה ומונו מוטבים על ידך במקרה חיים, על המוטבים להעביר טופס זה מלא וחתום.

ו זיהוי המבוטח כאשר סכום הפדיון המבוקש גבוה מ-500,000 ש"ח<sup>5</sup>

אני מאשר בזה כי ביום..... הופיע בפניי..... נושא תעודת זהות.....

המוכר לי אישית  הציג בפניי את תעודת הזהות שלו וזיהיתי אותו לצורך קבלת סכום הפדיון המבוקש.

שם מבצע הזיהוי:..... סוכן/עו"ד/קבלת קהל (נא סמן בעיגול) חתימת מבצע הזיהוי: 

<sup>5</sup>במידה וחשבון הבנק ממנו בוצעו ההפקדות הנו חשבון הבנק אליו המבוטח מבקש להעביר את הכספים, לא ידרש אישור נוסף.