

חותמת תאריך קבלה בחברה

יש להחזיר את הטופס מלא וחתום לכתובת מייל: suggestm@harel-ins.co.il
או לפקס הראל ביטוח חיים 03-7348169
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

מספר פוליסה:

שם הסוכן: מספר סוכן: טל':

פרטי המבוטח (יש לצרף צילום תעודת זהות ובמקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה)

שם משפחה	שם פרטי	טלפון נייד	מספר תעודת זהות <input type="checkbox"/> דרכון <input type="checkbox"/>
----------	---------	------------	---

המידע וההודעות בקשר עם בקשה זו יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.

הצהרה עצמית - FATCA

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 יתור 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		TIN מספר משלם מס מקומי	כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)		
מדינה Country	יישוב City	רחוב ומספר בית Street and number	מיקוד Zip Code		
				1.	
				2.	
				3.	

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 הדין.

שם ת.ז. תאריך חתימה /



פרטי בעל הפוליסה

(באם שונה מן המבוטח) יש לצרף צילום תעודת זהות ובמקרה של תעודת זהות ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צדי התעודה

שם משפחה	שם פרטי	טלפון נייד	מספר תעודת זהות <input type="checkbox"/> דרכון <input type="checkbox"/>
----------	---------	------------	---

הצהרה עצמית - FATCA

1. האם אתה אזרח ארצות הברית? כן לא . 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.....
 *אם אינך אזרח ארצות הברית או תושב לצרכי מס בארצות הברית, אך נולדת בארצות הברית, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על יותר 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		מיקוד Zip Code		רחוב ומספר בית Street and number		יישוב City	
מדינה Country							
1.							
2.							
3.							

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 הדין.
 שם..... ת.ז..... תאריך..... חתימה.....

ג סכום ההפקדה החד-פעמית ובחירת מסלול השקעה

אני הח"מ מורה בזאת לבצע הפקדה בסך..... שם לזכות מס' פוליסה שלעיל, המנוהלת על שמי ב"הראל חברה לביטוח בע"מ" למסלולי השקעה לפי הפירוט שלהלן:
 1. עפ"י המסלולים הקיימים בתוכנית היום.
 2. כאמור בטבלה להלן (ציין את המסלולים הנבחרים - עד 5 מסלולים בפוליסה)
 לתשומת לבך, ניתן למצוא מידע לגבי מסלולי השקעה נוספים בתכנית ולגבי מדיניות ההשקעה של כל המסלולים באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il

שם מסלול	% הפקדה	שם מסלול	% הפקדה
<input type="checkbox"/> הראל מחקה מדד S&P 500%	<input type="checkbox"/> הראל מחקה מדד ממשלתי צמוד 5-10%
<input type="checkbox"/> הראל מחקה מדד תל בונד 60%	<input type="checkbox"/> מחקה מדד פאסיבי כללי%
<input type="checkbox"/> הראל מחקה מדד ת"א 35%	<input type="checkbox"/> הראל מסלול שקלי טווח קצר*%
<input type="checkbox"/> הראל מחקה מדד ממשלתי שקלי ריבית קבועה%	<input type="checkbox"/> הראל מסלול פאסיבי מדדי מניות%
סה"כ		100%	

לאחר סיום תהליך ההפקדה החד-פעמית בפוליסה, באפשרותך לצפות בשיעור העלות השנתית הצפויה (המורכבת מדמי הניהול שלך והוצאות ניהול השקעות) ביחס לכל מסלולי ההשקעה בפוליסה, באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו www.harel-group.co.il.
²לידיעתך, בהיעדר סימון בחירה תושקע ההפקדה במסלול השקעה "הראל מסלול כללי פאסיבי" כברירת מחדל. דמי הניהול עבור כל מסלול השקעה נבחר הינם זהים.
 *הראל מסלול שקלי טווח קצר הנו מסלול השקעה שמונהל על ידי חטיבת ההשקעות בהתאם למדיניות ההשקעות של המסלול והוא אינו מסלול מחקה מדד. ניתן לצפות במדיניות ההשקעה של מסלול שקלי טווח קצר באתר האינטרנט של החברה.

ד אופן התשלום

שם המשלם						מספר תעודת זהות	
<input type="checkbox"/> פרטי המחאה' <input type="checkbox"/> פרטי חשבון <input type="checkbox"/> להעברה בנקאית ²						שם בנק	מס' בנק
						מס' סניף	מס' חשבון
שם בנק						מס' בנק	מס' סניף
פועלים						440188	600
שם בנק						מס' חשבון	סכום בש"ח

יש לצרף המחאה. יש לצרף אישור העברה מהבנק. במקרה שאישור העברה לא כולל את פרטי בעל החשבון, יש להעביר גם אישור ניהול חשבון או העתק המחאה מבוטלת.

ה פרטי משלם חריג (בהינתן ושונה מהמבוטח או בעל הפוליסה)

שם המשלם	טלפון	מספר תעודת זהות
.....
תאריך	חתימת המשלם	
.....	
מהות הקשר בין המשלם למבוטח או לבעל הפוליסה.....		
שים לב כי באחריותך להודיע במידי לחברה על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור.		
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל כך שהתשלום/ תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח שבנדון, וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח/המוטב בהתאם למקרה.		
שם המשלם	תעודת זהות / ח.פ.	תאריך
.....
חתימת המשלם		
.....		

ה הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש גם את החברות האחרות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן ו/או שותפיה העסקיים, לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS) וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

.....

תאריך

.....

חתימה

.....

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

ה מידע למבוטח

1. בקשה זו הינה כפופה להוראות בקשת ההצטרפות, התנאים הכללים של הפוליסה והוראות כל דין.

2. ייתכן שיידרשו מסמכים נוספים לצורך הטיפול בבקשתך.

ה חתימת המבוטח ובעל הפוליסה

הריני מבקש מהראל חברה לביטוח בע"מ לבצע את בקשתי כאמור בטופס זה.

.....

תאריך

.....

שם המבוטח

.....

חתימת המבוטח

.....

.....

תאריך

.....

שם בעל הפוליסה

.....

חתימת בעל הפוליסה

.....

(באם שונה מן המבוטח)

.....

(באם שונה מן המבוטח)

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

מספר פוליסה

א פרטים		שם פרטי		שם משפחה		מספר תעודת זהות		מספר דרכון	

ב פרטי ההפקדה*	
1. היקף הפקדה סכום הפקדה חד פעמית:	
2. מקור הכספים האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? אם כן יש למלא את הסעיף, אם לא יש למלא את נספח 3 מקור הכספים המופקדים: <input type="checkbox"/> משכורת/קצבה <input type="checkbox"/> תקבולים/הכנסות מעסק <input type="checkbox"/> חסכונות שנצברו <input type="checkbox"/> תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון <input type="checkbox"/> מכירת עסק <input type="checkbox"/> הלוואה <input type="checkbox"/> ירושה <input type="checkbox"/> פיצויי פיטורין/פרישה <input type="checkbox"/> זכייה <input type="checkbox"/> מכירת נכס <input type="checkbox"/> העברת כספים מקופת גמל אחרת <input type="checkbox"/> השכרת נכס <input type="checkbox"/> מתנה. שם נותן המתנה: זיקה לנותן המתנה: <input type="checkbox"/> כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: שם המדינה: <input type="checkbox"/> תרומה <input type="checkbox"/> אחר. פרט:	
3. המדינה ממנה ה/יתקבלו הכספים <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> מדינה אחרת:	
4. במידה והכספים ה/יתקבלו ממדינה אחרת, נדרש למלא את נספח 4	

*שים לב, כי מדובר בהפקדה שנעשית לאחר הפקת הפוליסה או פתיחת החשבון.

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.

שם: תאריך: חתימת לקוח: 

טוידוהראל 40050.17 02/2023

