

לכבוד:

הכשרה חברה לביטוח בע"מ
 אגף ביטוח חיים - בסט אינווסט
 אריה שנקר 2, תל אביב
 פקס: 03-5167539

שם הסוכן: _____

בקשה לפדיון פוליסת בסט אינווסט - אישי

פרטי בעל הפוליסה (יש לצרף צילום ת.ז.)					
מספר זהות / ח.פ.	שם משפחה ושם פרטי / שם החברה	מספר טלפון	מס' טלפון נייד		
כתובת: רחוב		מס' בית	יישוב	מיקוד	מייל
					@
האם אזרח ארה"ב*			האם תושב ארה"ב*		
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
*הערה חשובה לצורך יישום חוק FATCA במידה והמבוטח / בעל הפוליסה ענה "כן" על שאלה של אזרח/תושב ארה"ב יש לצרף טופס W9					

בקשה לפדיון פוליסה/ות			
אני, הח"מ, מבקש בזאת מ"הכשרה חברה לביטוח בע"מ" לבצע פדיון מהפוליסה/ות בהתאם לפרטים שלהלן.			
פוליסה מספר	פדיון מלא	פדיון חלקי מתוך מסלולי ההשקעה באופן יחסי	פדיון חלקי מתוך מסלולי ההשקעה כמפורט:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ע"ס _____ ₪	<input type="checkbox"/> בית השקעה: _____ כללי: _____ ₪ אג"ח: _____ ₪ מניות: _____ ₪
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ע"ס _____ ₪	<input type="checkbox"/> בית השקעה: _____ כללי: _____ ₪ אג"ח: _____ ₪ מניות: _____ ₪
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ע"ס _____ ₪	<input type="checkbox"/> בית השקעה: _____ כללי: _____ ₪ אג"ח: _____ ₪ מניות: _____ ₪

הצהרת המוטב על פי צו איסור הלבנת הון			
אני _____ (שם המוטב) בעל מספר זהות _____ (שם המצהיר בזאת):			
<input type="checkbox"/> אני פועל בעבור עצמאי ולא בעבור אחר. <input type="checkbox"/> אני פועל עבור אחר/ים שהוא/הם:			
שם	מספר זהות	תאריך לידה או התאגדות	מען
<input type="checkbox"/> בעלי השליטה בתאגיד הם: (ימולא כאשר המצהיר הוא תאגיד)			
שם	מספר זהות	תאריך לידה או התאגדות	מען
אני מתחייב להודיע למבטח על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל. תאריך: _____ חתימה: _____			
* אם המוטב הוא תאגיד על ההצהרה להיות חתומה בחותמת התאגיד ובחתימת המורשים לחתום מטעמו.			

הצהרות
1. אני מגיש את בקשתי לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עלי ועל משפחתי. 2. ידוע לי כי הפדיון כפוף לתנאי הפוליסה ולכל דין. 3. ידוע לי כי במידה ונטלתי מהכשרה ביטוח הלוואה, יתרת ההלוואה תקוזז מיתרת הכספים המגיעים לי. 4. ידוע לי כי לאחר משיכת מלוא הסכומים שנצברו לזכותי, הפוליסה תבוטל. 5. ידוע לי כי ינוכה מסכום הפדיון מס רווחי הון כחוק. 6. הצהרה לעניין FATCA החברה הודיעה לי כי אם אצהיר כי אני אזרח/תושב ארצות הברית או אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח/תושב ארצות הברית וסירבתי למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי. לכן, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.

תאריך:	ת.ז. / ח.פ.	שם בעל הפוליסה	חתימת בעל הפוליסה
_____	_____	_____	_____