

תאריך: _____

לכבוד
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

בקשה לרישום מוטב בקביעה בלתי חוזרת בפוליסת פרט

א. פרטי המבוטח הראשי:

שם פרטי ושם משפחה:	מספר זהות:	תאריך לידה:
מספר טלפון:	מספר טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:

ב. פרטי בעל הפוליסה (רק במידה ושונה מהמבוטח הראשי):

שם פרטי ושם משפחה:	מספר זהות:	תאריך לידה:
מספר טלפון:	מספר טלפון נייד:	כתובת דואר אלקטרוני:

ג. בקשה לרישום מוטב בקביעה בלתי חוזרת: יש לצרף צילום ת.ז. של המוטב

מוטב בלתי חוזר עבור החסכון המצטבר בפוליסה/ות מספר: _____

הריני לבקש מחברת הביטוח לרשום את _____ כמוטב בקביעה בלתי חוזרת (להלן "המוטב"): בסך של _____ ₪ (צמוד למדד המחירים לצרכן) על כל סכום החיסכון בפוליסה. **ידוע לי כי:** שינוי המוטב מותנה באישורו ובהסכמתו מראש ובכתב של המוטב הבלתי חוזר הקיים בפוליסה.

מוטב בלתי חוזר למקרה מוות (חוי"ח) בפוליסה/ות מספר: _____

הריני לבקש מחברת הביטוח לרשום את _____ כמוטב בקביעה בלתי חוזרת (להלן "המוטב"): בסך של _____ ₪ צמודים למדד המחירים לצרכן על כל סכום הביטוח בפוליסה.

1. במקרה מוות חוי"ח, יתרת תגמולי הביטוח, אם תהיה, תשולם למוטבים כפי שרשומים בפוליסה.
2. שינוי המוטב מותנה באישורו ובהסכמתו מראש ובכתב של המוטב הבלתי חוזר הקיים בפוליסה.

ד. פרטי המוטב הבלתי חוזר:

שם המוטב	מספר זהות/ח.פ.	תאריך לידה
כתובת: רחוב _____ מספר בית _____ מספר דירה _____ עיר _____ מיקוד _____		

ה. הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA ו-CRS: (עבור פוליסות מסוג סטטוס אישי, TOP LIFE, TOP FINANCE, TOP KIDS קצבה מיידית פרט) שהופקו החל מ-1.7.2014:

1. האם אתה אזרח ארה"ב?	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - נא למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים:			

מדינות תושבות	שם פרטי FIRST NAME	שם משפחה LAST NAME	רחוב ומס' בית STREET NO-ADDRESS	ישוב CITY/TOWN	מספר

במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם:

1. האם הינך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב? כן - העבר טופס W9 לא - העבר טופס W8BENE
טופסי W8, W9 ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).

2. יש למלא שאלון CRS לתאגיד (חובה לכל תאגיד, השאלון זמין בפורטל החברה ובאתר האינטרנט).

אני מצהיר/ב בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן. ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל. מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים.

שם _____ תאריך _____ חתימה _____

ו. חתימת בעל הפוליסה:

תאריך	שם בעל הפוליסה	מספר זהות	חתימת בעל הפוליסה
-------	----------------	-----------	-------------------

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ