



לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

תאריך:

צוות:

בקשה להפקדת סכום חד פעמי בפוליסת פרט / עצמאים קיימת מספר

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	טלפון
נייד	דוא"ל		

בקשת המבוטח

אני הח"מ, מורה בזאת לבצע הפקדה חד פעמית בסך _____ נ"ל לזכות הפוליסה שבנדון המנוהלת על שמי בחברתכם.

הפקדה חד פעמית במטבע זר:

נא סמן אם רלוונטי

- העברה במטבע זר – סוג המטבע: _____
- סכום הפקדה חד פעמית במטבע זר _____

העברה מחשבון בנק בחו"ל: חשבון בנק ב _____ (שם המדינה הזרה) שם הבנק _____ סניף _____ מספר חשבון בנק _____ (צרך אסמכתא על ניהול חשבון)

לפי הרכב מסלולי ההשקעות כמפורט להלן:

שם מסלול ההשקעה	% השקעה
מנורה ביטוח כללי (בפוליסת עצמאים - רק אם המסלול פעיל במועד בקשה זו)	%
מנורה ביטוח לבני 50 ומטה (מסלול מיועד רק לפוליסת עצמאים)	%
מנורה ביטוח לבני 50 עד 60 (מסלול מיועד רק לפוליסת עצמאים)	%
מנורה ביטוח לבני 60 ומעלה (מסלול מיועד רק לפוליסת עצמאים)	%
מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל	%
מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל צמוד מדד	%
מנורה ביטוח אג"ח צמוד מדד	%
מנורה ביטוח שקלי	%
מנורה ביטוח הלכה	%
מנורה ביטוח שקלי טווח קצר	%
מנורה ביטוח מניות	%
מנורה ביטוח מניות בחו"ל	%
מנורה ביטוח מט"ח	%
סה"כ	100%

לתשומת ליבך, חלוקת המסלולים כמפורט לעיל מתייחסת להפקדה החד פעמית המצורפת לטופס זה בלבד. בשאר תנאי הפוליסה לא יחול שינוי.

אופן התשלום

- מצ"ב המחאה אשר פרטיה: שם בנק _____, מס' בנק _____, מס' סניף _____, מס' חשבון _____, מס' המחאה _____, על סך _____ ש, תאריך _____.
- מצ"ב אישור הבנק על ביצוע העברה בנקאית אשר פרטיה: שם בנק _____, מס' בנק _____, מס' סניף _____, מס' חשבון _____, על סך _____ ש, תאריך _____.

שאלות לעניין צו איסור הלבנת הון - הכר את הלקוח

מקור ההפקדה	מטרת ההפקדה
<input type="radio"/> חסכונות / השקעות	<input type="radio"/> חיסכון לילד / לנכד
<input type="radio"/> ירושה	<input type="radio"/> חיסכון לפרישה / גמלא / קצבה
<input type="radio"/> משכנתא / נדל"ן / מכירת דירה	<input type="radio"/> עובד זר
<input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ	<input type="radio"/> מענק לבכיר
<input type="radio"/> כספי ביטוח / קצבה	<input type="radio"/> השקעה לטווח קצר / בינוני
<input type="radio"/> תרומות	<input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך
<input type="radio"/> מלגות / מענקים / מתנות	<input type="radio"/> אחר פרט: _____
<input type="radio"/> אחר פרט: _____	

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA ו-CRS

1. האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס ארה"ב (US TIN) טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).
---	--	--

3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה? כן לא יש למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים

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

במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם

- האם הנך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב? כן (העבר: טופס W9) לא (העבר: טופס W8BENE) טפסי W8, W9 ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).
- יש למלא שאלון CRS לתאגיד (חובה לכל תאגיד, השאלון זמין בפורטל החברה ובאתר האינטרנט).

אני מצהיר/ה 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 _____

הצהרה לעניין איסור הלבנת הון:

אני _____ (שם בעל הפוליסה/המבוטח) בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:

- אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.
- יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים; הסיבה לכך _____
- אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים בפוליסה/בחשבון הם:

שם	מס' זהות	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהנה הוא איש ציבור? לא כן, בארץ כן, בחו"ל. פרט _____

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות	תאריך לידה

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.

תאריך _____ חתימה X _____

חתימת בעל הפוליסה / המבוטח:

תאריך	שם בעל הפוליסה / מבוטח	מספר זהות	חתימת בעל הפוליסה / מבוטח

עבור בעל הפוליסה, מבוטח, נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / דרכון / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין.