

## עדכון פרטי מבטח בפוליסה

### פרטי המבטח

| שם פרטי                                                                                                                                            | שם משפחה  | מספר תעודת זהות | תאריך לידה | מין                                                           | מצב משפחתי                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                    |           |                 |            | <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה | <input type="checkbox"/> גרושה<br><input type="checkbox"/> נשוי/ה<br><input type="checkbox"/> רווק/ה<br><input type="checkbox"/> אלמן/ה |
| מקצוע                                                                                                                                              | עיסוק     | מספר            | ת.ד.       | יישוב                                                         | מיקוד                                                                                                                                   |
| יש למלא ולצרף שאלון מתאים בהתאם לשינוי עיסוק/תחביב המבוקש. ידוע לי כי בעקבות הודעתי על שינוי במקצוע/עיסוק/תחביב, עלולים לחול שינויים בתנאי החיתום. |           |                 |            |                                                               |                                                                                                                                         |
| טלפון נייד                                                                                                                                         | טלפון בית | דוא"ל           | @          |                                                               |                                                                                                                                         |

**במידה וברצונך שהכתובת למשלוח דואר תהיה שונה מכתובת הרגילה יש למלא סעיף זה:**

| כתובת למשלוח דואר | רחוב | מספר | ת.ד. | יישוב | מיקוד |
|-------------------|------|------|------|-------|-------|
|                   |      |      |      |       |       |

☐ הנני מצהיר בזאת כי הכתובת שמסרתי הינה לצורך משלוח דואר ואינה כתובת המגורים שלי.

**בפוליסות מסוג תוכנית פרט ו/או אישי נדרש למלא את סעיף FATCA ו CRS להלן:**

### הצהרת FATCA

|                              |                                                         |                                       |                                                         |                        |                                                         |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------|
| א. האם אתה אזרח ארצות הברית? | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | ב. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | ג. האם אתה יליד ארה"ב? | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------|

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימת המבטח: X \_\_\_\_\_

**לתשומת ליבך:**

אם סימנת "כן" בשאלת אזרחות ו/או תושבות ארצות הברית, נא צרף טופס W9 ובנוסף ציין את מספר הזיהוי הפדרלי שלך בארצות הברית. (U.S. TIN) \_\_\_\_\_

אם אינך אזרח ותושב לצרכי מס בארצות הברית, אך נולדת בארצות הברית, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית. ניתן להוריד את הטפסים מאתר החברה.

### הצהרת CRS

|                                                             |  |  |  |  |  |                                                         |
|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------|
| האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)? |  |  |  |  |  | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------|

אם סימנת "כן", נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה.

| שם פרטי (אנגלית) | שם משפחה (אנגלית) | מדינה תושבות המס      | TIN               | מיקוד    | רחוב ומס' בית     | מדינה   |
|------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|----------|-------------------|---------|
| First Name       | Last Name         | Tax Residency Country | MS' משלם מס מקומי | ZIP Code | Street and number | Country |
|                  |                   |                       |                   |          |                   |         |
|                  |                   |                       |                   |          |                   |         |

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצוינות לעיל. אם אחת מהמדינות המצוינות לעיל מדינה בת דיווח, יועבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדין.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימת המבטח: X \_\_\_\_\_

**הערות:**

| תאריך | שם המבטח | חתימה   |
|-------|----------|---------|
|       |          | X _____ |

**לצורך עדכון הפרטים בהתאם לבקשה זו, חובה לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח כתובת מעודכן (בעלי תעודת זהות ביומטרית נדרש לצרף צילום של שני הצדדים)**

כתובת דוא"ל לשליחת הטופס עבור פוליסות ביטוח חיים scan-life@hcsra-ins.co.il



dt3153

**\*3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il