

עדכון פרטי בעל הפוליסה/מבוטח בפוליסה

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נקבה	☐ גרוש/ה ☐ נשוי/ה ☐ רווק/ה ☐ 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 ☐ לא ☐	ב. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס?	כן ☐ לא ☐	ג. האם אתה יליד ארה"ב?	כן ☐ לא ☐
------------------------------	---	---------------------------------------	---	------------------------	---

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 בעל הפוליסה/מבוטח:** _____

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 ☐ לא ☐					

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)		
First Name			Last Name		
מדינה תושבות המס	TIN	מיקוד	רחוב ומס' בית	יישוב	מדינה
Tax Residency Country		ZIP Code	Street and number	City	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 בעל הפוליסה/מבוטח:** _____

הערות:

תאריך	שם בעל הפוליסה/מבוטח	חתימה

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