

כתובת מייל לשליחת מסמכים: scan-life@hcsra-ins.co.il

הצהרת נהנה לעניין FATCA ו-CRS

פרטי בעל הפוליסה/מבוטח:				
שם משפחה ושם פרטי / שם החברה המוטב:			מספר ת.ז. / ח.פ.:	
מספר טלפון:			מספר טלפון נייד:	
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
כתובת דוא"ל				

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:
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) First Name		שם משפחה (אנגלית) Last Name			
מדינה תושבות המס Tax Residency Country		TIN מס' משלם מס מקומי		כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)	
				מדינה Country	
				יישוב City	
				רחוב ומס' בית Street and number	
				מיקוד ZIP Code	
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:		בעל הפוליסה/מבוטח: X	



^dt3154

*3453

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