



עדכון פרטי מבוטח בפוליסה

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נשוי/ה ☐ גרוש/ה	☐ רווק/ה ☐ נקבה ☐ אלמן/ה
מקצוע	עיסוק	תחביב	מיקוד	רחוב	מספר
טלפון נייד	טלפון בית	דוא"ל	@	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.	

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

☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
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

☐ לא ☐ כן						האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)?					
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				כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית) רחוב ומס' בית Street and number				מדינה Country			
מס' משלם מס מקומי				מיקוד ZIP Code				יישוב City			
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