

כתובת מייל לשליחת מסמכים: [scan-life@hcsra-ins.co.il](mailto:scan-life@hcsra-ins.co.il)

## הצהרת נהנה לעניין FATCA ו-CRS

| פרטי נהנה:                          |         |       |                   |         |
|-------------------------------------|---------|-------|-------------------|---------|
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <p><b>א.</b> האם אתה אזרח ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <b>ב.</b> האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <b>ג.</b> האם אתה יליד ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>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.</p> <p><b>תאריך:</b> _____ <b>שם מלא:</b> _____ <b>חתימת המבוטח:</b> X _____</p> <p><b>לתשומת ליב:</b></p> <p>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).<br/>אם אינך אזרח ותושב לצרכי מס בארצות הברית, אך נולדת בארצות הברית, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית.<br/>ניתן להוריד את הטפסים מאתר החברה.</p> |  |  |  |  |

| הצהרת CRS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                |  |                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם סימנת "כן", נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה.</p>                                                                                                                                                 |  |                                |  |                                                                                              |  |
| שם פרטי (אנגלית)<br>First Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | שם משפחה (אנגלית)<br>Last Name |  |                                                                                              |  |
| מדינה תושבות המס<br>Tax Residency Country                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | TIN<br>מס' משלם מס מקומי       |  | כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                |  | מדינה<br>Country<br>יישוב<br>City<br>רחוב ומס' בית<br>Street and number<br>מיקוד<br>ZIP Code |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                |  |                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                |  |                                                                                              |  |
| <p>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.</p> <p><b>תאריך:</b> _____ <b>שם מלא:</b> _____ <b>חתימת המבוטח:</b> X _____</p> |  |                                |  |                                                                                              |  |



\*3453

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)