



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	
☐ כן ☐ לא	א. האם אתה אזרח ארצות הברית?
☐ כן ☐ לא	ב. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס?
☐ כן ☐ לא	ג. האם אתה יליד ארה"ב?
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:
_____	_____
בעל הפוליסה/מבוטח: 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					
☐ כן ☐ לא					
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 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

גרסה 07.2025

*3453

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