

עדכון פרטי מבוטח בפוליסה

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> רווקה
מקצוע	עיסוק	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד
יש למלא ולצרף שאלון מתאים בהתאם לשינוי עיסוק/תחביב המבוטח. 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.

שאלת FATCA	שאלת CRS																								
<p>האם אתה אזרח ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>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>תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת העמית: X _____</p> <p>אם סימנת "כן" באחד מהסעיפים או ביותר, נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב (U.S. TIN). הבמידה ואינך אזרח ארה"ב או תושב לצרכי מס, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודת המעידה על יתור אזרחות אמריקאית. טופס W9 וכן טפסים רלוונטיים אחרים ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS) או לחלופין מאתר האינטרנט של החברה.</p>	<p>האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם ענית "כן", נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם פרטי (אנגלית)</th> <th>שם משפחה (אנגלית)</th> <th>TIN</th> <th>מדינה תושבות המס</th> </tr> <tr> <th>First Name</th> <th>Last Name</th> <th>TIN</th> <th>Tax Residency Country</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)</td> </tr> <tr> <td>מדינה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> <td>רחוב ומס' בית</td> </tr> <tr> <td>Country</td> <td>City</td> <td>ZIP Code</td> <td>Street and number</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <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>תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת העמית: X _____</p>	שם פרטי (אנגלית)	שם משפחה (אנגלית)	TIN	מדינה תושבות המס	First Name	Last Name	TIN	Tax Residency Country	כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)				מדינה	יישוב	מיקוד	רחוב ומס' בית	Country	City	ZIP Code	Street and number				
שם פרטי (אנגלית)	שם משפחה (אנגלית)	TIN	מדינה תושבות המס																						
First Name	Last Name	TIN	Tax Residency Country																						
כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)																									
מדינה	יישוב	מיקוד	רחוב ומס' בית																						
Country	City	ZIP Code	Street and number																						

הערות:

תאריך	שם המבוטח	חתימה
		X _____

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
 כתובת דוא"ל לשליחת הטופס עבור פוליסות ביטוח בריאות scan-briut@hcsra-ins.co.il

