

## 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"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
מקצוע	עיסוק	מספר	ת.ד.	יישוב	מיקוד
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.					
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																																
<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>האם אתה ארה"ב (U.S. TIN). הבמידה ואינך אזרח ארה"ב או תושב לצרכי מס, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על ויתור 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>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>																																
שאלת 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 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></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>מדינה</th> <th>יישוב</th> <th>רחוב ומס' בית</th> <th>מיקוד</th> </tr> <tr> <th>Country</th> <th>City</th> <th>Street and number</th> <th>ZIP Code</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></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									מדינה	יישוב	רחוב ומס' בית	מיקוד	Country	City	Street and number	ZIP Code								
שם פרטי (אנגלית)	שם משפחה (אנגלית)	TIN	מדינה תושבות המס																													
First Name	Last Name	TIN	Tax Residency Country																													
מדינה	יישוב	רחוב ומס' בית	מיקוד																													
Country	City	Street and number	ZIP Code																													

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

