

לכבוד:

הכשרה חברה לביטוח בע"מ  
 האגף לביטוח חיים ופיננסים  
 א.ג.נ.,

תאריך: \_\_\_\_\_

**הנדון: הצהרת משלם**

פרטי המבוטח ובעל פוליסה			
שם המבוטח	מספר תעודת זהות	שם בעל הפוליסה	מספר תעודת זהות
_____	_____	_____	_____
מספר פוליסה/ות: _____			

פרטי המשלם			
שם המשלם	ת.ז. / ח.פ. המשלם	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
_____	_____	_____	_____
כתובת מלאה _____			
מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח/בעל פוליסה: _____			

סוג תשלום - חד פעמי		
סכום חד פעמי בסך:	ששילמתי ביום:	בהמחאה מספר:
ש"ח _____	_____	_____
למשיכה מחשבון: בנק: _____ מס' סניף: _____ חשבון: _____		

הצהרת המשלם
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים שלעיל, ועל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע עבור המבוטח שבנדון, וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח/ המוטב (בהתאם למקרה) בלבד.
תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת המשלם: X _____

