

לכבוד:

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

## 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	



dt3103

קוד מסמך 3103