

לכבוד:  
הכשרה חברה לביטוח בע"מ ("החברה")  
המלאכה 6, חולון

**הצהרת גורם משלם שאינו המבוטח/ת ו/או בעלת הפוליסה**

פרטי הפוליסה ("הפוליסה"):

פוליסה מס':

שם הפוליסה/ המסלול:

סוג הפוליסה

(נא לסמן):

ביטוח אלמנטרי (כללי)/ ביטוח בריאות/ ביטוח חיים וחיסכון ארוך טווח/ פוליסת Best-Invest/ אחר:

פרטי המבוטח ("המבוטח"):

שם המבוטח

(שם + שם משפחה / שם תאגיד):

מס' ת"ז /

מס' תאגיד:

מס' טלפון:

דוא"ל:

כתובת מלאה

(רחוב, מספר בית, ישוב, מיקוד):

פרטי הגורם המשלם ("הגורם המשלם"):

שם הגורם המשלם

(שם + שם משפחה / שם תאגיד):

מס' ת"ז /

מס' תאגיד:

מס' טלפון:

דוא"ל:

כתובת מלאה

(רחוב, מספר בית, ישוב, מיקוד):

תיאור הקשר בין הגורם המשלם לבין

המבוטח/ בעל הפוליסה

(סיבת התשלום)

**אופן ביצוע התשלום:**

תשלום חד פעמי באמצעות המחאה/ העברה בנקאית (נא לסמן ולצרף אסמכתא).

תשלום שוטף באמצעות כרטיס אשראי/ הוראת קבע (נא לסמן ולצרף אסמכתא).

**תקופת התשלום:**

תוקף ההצהרה דלעיל בגין היותי הגורם המשלם בפוליסה תהיה בתוקף החל מיום חתימת הח"מ על מסמך זה וללא הגבלה בזמן.

תוקף ההצהרה דלעיל בגין היותי הגורם המשלם בפוליסה תהיה בתוקף החל מיום חתימת הח"מ על מסמך זה ועד ליום \_\_\_\_\_.

\* תוקף הצהרה זו יהיה בהתאם לתקופה שנקבעה במסמך זה, וזאת כל עוד לא ניתנה לחברה הודעה אחרת בכתב.

**הצהרת הגורם המשלם:**

אני הח"מ, מר/ גב' תאגיד \_\_\_\_\_, נושא/ת תעודת זהות/ ח.פ מס' \_\_\_\_\_, מרחוב \_\_\_\_\_, מאשר את נכונות הפרטים בהצהרה זו דלעיל ואת הסכמתי לכך שכל התשלומים בגין הפוליסה הנ"ל יבוצעו על ידי בעבור המבוטח. כמו כן, הנני מצהיר כי ידוע לי כי אני הגורם המשלם בלבד ולא מוענקות לי כתוצאה מהאמור זכויות כלשהן בגין הפוליסה (לרבות הזכות לקבלת מידע בנוגע לפוליסה); וכן כי כל תשלום ו/או תגמולי ביטוח ו/או החזרי פרמיה ו/או תגמול אחר שעל החברה לשלם מכח הפוליסה, יבוצע לפקודת המבוטח ו/או בעל הפוליסה ו/או המוטב בלבד, לפי העניין, ומבלי שהחברה תהא מחוייבת ליידע אותי בדבר.

חתימה

ת"ז/ ח"פ

שם מלא

תאריך

**אימות חתימה:**

אני הח"מ \_\_\_\_\_, עו"ד (מ.ר. \_\_\_\_\_) מאשר/ת בזאת כי ביום \_\_\_\_\_ הופיעה בפניי, במשרדי ברח' \_\_\_\_\_, מר/גב' \_\_\_\_\_, נושא/ת תעודת זהות שמספרה \_\_\_\_\_, ולאחר שהזהרתי/ויה כי עליו/עליה להצהיר את האמת וכי יהיה/תהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/חתמה עליה בפניי.

חתימה

תאריך

- יש לצרף לבקשה הנ"ל צילום ת"ז (כולל ספח)/ תעודת תאגיד של המבוטח ושל הגורם המשלם -  
- אם הבקשה הגיעה באמצעות סוכן, יש לצרף את שם הסוכן, מס' הסוכן וחתימתו -