



לכבוד:

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

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' _____	_____	_____	
למשיכה מחשבון: בנק: _____ מס' סניף: _____ חשבון: _____			
הצהרת המשלם:			
אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום הגביה לרבות התשלום/ים שיבוצע/ו עבור המבוטח/ים בטופס הצעה זה. ידוע לי כי כל תשלום של החברה לשלם מכוח בקשת הצטרפות זו או בקשר אליה (למעט החזר פרמיה) ישולמו לפקודת המבוטח ו/או מוטב בהתאם למקרה ולא לפקודת המשלם. למען הסר ספק אישור המס יירשם לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.			
תאריך:	שם מלא:	מס' ת"ז/ח.פ.:	חתימה: X
_____	_____	_____	_____

מייל לשליחת המסמך: scan-life@hcsra-ins.co.il


dt3103

***3453**

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון ת.ד. 1877 | המלאכה 6, ת.ד.