



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:	
למשיכה מחשבוני 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 _____			

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

^dt2550

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il