

תאריך: _____

שם סוכן: _____

מס' סוכן: _____

זיקה בין המשלם למבוטח

1. פרטי המבוטח / בעל הפוליסה:

שם המבוטח: _____ ת.ז. המבוטח: _____

שם בעל הפוליסה: _____ ת.ז. / ח.פ. בעל הפוליסה: _____

מס' פוליסה/ות: _____

2. פרטי המשלם:

שם המשלם: _____ ת.ז. / ח.פ. המשלם: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____

3. מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח (יש לציין קשר למבוטח / בעל הפוליסה)

קשר משפחתי / יחסי עובד מעביד / עסק בבעלות המשלם / _____

4. פירוט ההמחאות:

תאריך המחאה	מס' המחאה	מס' סניף	שם בנק	סכום בשקלים

למבוטח ולי ידוע היטב כי כל החזר של הפרמיה ו/או כל תשלום אחר אשר החברה תשלם בהתאם לתנאי הפוליסה או בקשר אליה יבוצע לפקודת המוטב המופיע בפוליסה בלבד ואני מסכים לכך.

לראייה באתי על החתום:

_____ חתימת המשלם

_____ תאריך

במידה והמשלם הינו תאגיד

_____ חתימת תאגיד + חותמת

_____ תאריך