

לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

הצהרת משלם – בפוליסות פרט* / תגמולים לעצמאים* / מנהלים

1. פרטי בעל הפוליסה / המעביד:

שם: _____ ת.ז./ח.פ.: _____

פוליסה/ות: _____, _____, _____

ח.פ.: _____, _____, _____

2. פרטי המשלם:

שם: _____ ת.ז./ח.פ. המשלם: _____

מס' טלפון _____ רחוב _____ מס' בית _____, מס' זירה _____, כניסה _____,

עיר _____, מיקוד _____, ת.ד. _____

3. מהות הקשר בין המשלם לבין בעל הפוליסה/ המעביד (יש לפרט את הקשר למבוטח/בעל הפוליסה):

4. סוג התשלום:

תשלומים שוטפים שיועברו באמצעות המחאות- מצ"ב המחאות.

סכום חד פעמי בסך _____ ש"ח, ששילמתי ביום _____ בהמחאה מס' _____ למשיכה מחשבוני מס' _____.

הוראת קבע לביצוע תשלומים חודשיים שוטפים - מצ"ב דף הוראת קבע.

סוג תשלום זהה לפוליסה מס' _____

כרטיס אשראי - מצ"ב הרשאה לחיוב כרטיס אשראי (לא מיועד למעבידים)

5. הצהרת המשלם:

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו, ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח/ים שבנדון, וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/ המבוטח/ המוטב / המעביד (בהתאם למקרה) בלבד. ידוע לי כי אישור המס יירשם לטובת בעל הפוליסה/המעביד בלבד, ולא לטובת הגורם המשלם.

תאריך: _____ שם מלא: _____ ת.ז./ח.פ.: _____ חתימה: _____

* פוליסות הכפופות לצו איסור הלבנת הון - יש לצרף צילום: תעודת זהות / דרכון / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין