תאריך:_____

לכבוד
<u>מנורה מבטחים ביטוח בע"מ</u>

הצהרת אי עישון

<u>פרטי המבוטח:</u>

מספר ת.ז	שם מלא	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	ת.ד

כתובת דואר אלקטרוני	

<u>הצהרות המבוטח:</u>

אני החתום מטה _____ מצהיר בזאת כי הפסקתי לעשן החל מתאריך _____/ _____.
שנה חודש

☑ ידוע לי שדמי הביטוח יעודכנו מתעריף מעשן לתעריף לא מעשן, רק בתנאי שחלפו לפחות שנתיים ממועד הפסקת העישון, בהתאם להצהרה הנ"ל.

<u>לתשומת ליבך -</u> במידה ולא חלפו שנתיים ממועד הפסקת העישון, הנך נידרש לעדכן את החברה בהודעה מתאימה במועד הרלוונטי, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי התעריפים ממעשן ללא מעשן במועד זה.

תאריך: _____ שם מבוטח: _____ מס' זהות: _____ חתימת מבוטח: _____