



## הצהרה ואישור משלם שאינו המבוטח / בעל הפוליסה

לכבוד  
סקוריטס חברה לביטוח בע"מ

א. פרטי המבוטח/בעל הפוליסה		
שם המבוטח	מספר זהות / ח"פ	מספר פוליסה
דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד	

ב. פרטי המשלם			
שם פרטי ומשפחה	מספר זהות / ח"פ	דואר אלקטרוני	
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	

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

קשר משפחתי   
  יחסי עובד מעביד   
  עסק בבעלות המשלם (בלבד)   
  אחר: \_\_\_\_\_

ד. אמצעי התשלום

כרטיס אשראי   
  הוראת קבע   
  שיקים   
  על סך: \_\_\_\_\_

ה. הצהרת המשלם

אני הח"מ, מר / גברת / חברה: \_\_\_\_\_, נושא/ת תעודת זהות / ח.פ מס': \_\_\_\_\_, מאשר את נכונות הפרטים דלעיל ואת הסכמתי לכך שהתשלומים בגין הפוליסה הנ"ל יבוצעו על ידי בעבור המבוטח. הנני מצהיר בנוסף, כי ידוע לי שאני הגורם המשלם בלבד, כתוצאה מהאמור לא יחולו זכויות כלשהן בגין הפוליסה לרבות הזכות לקבלת מידע בנוגע לפוליסה. ידוע לי כי, כל תשלום ו/או תגמולי ביטוח ו/או החזרי פרמיה ו/או תגמול אחר שעל החברה לשלם מכח הפוליסה, יבוצע לפקודת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם המשלם (שם מלא): \_\_\_\_\_ \*חתימה וחותמת המשלם: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם בעל הפוליסה (שם מלא): \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_

\* במידה ומדובר בתאגיד נא להוסיף חותמת.