

## אישור לתשלום דמי ביטוח אלמנטרי על ידי בעל חשבון

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

מאשר בזאת לשלם את דמי הביטוח בגין הפוליסות שלהלן:

מספר פוליסה	שם המבוטח
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

התשלום יבוצע עבור \_\_\_\_\_ (נא לציין קשרי משפחה, קשר עובד/מעביד, עסק בבעלות המשלם).  
אנא מלא את הסעיף הרלוונטי להלן:

### 1. הוראת תשלום באמצעות שיקים (מצ"ב פירוט)

תאריך פירעון	שם בנק	מספר סניף	מספר השיק	מספר חשבון	סכום בש"ח

סה"כ

### 2. הוראת תשלום באמצעות הוראת קבע

אני הח"מ מאשר לגבות בהוראת הקבע שלי המצ"ב מחשבון \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_  
סניף: \_\_\_\_\_ עבור הפוליסות המפורטות לעיל.

### 3. הוראת תשלום באמצעות כרטיסי אשראי (מצ"ב פירוט)

ויזה  ישראלכרט  דיינרס  אמריקן אקספרס  אחר

תוקף		מספר כרטיס
שנה	חודש	

ידוע לנו כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטחים/ים וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יוחזר, יוחזרו באמצעות אמצעי התשלום שב  
שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי יוחזרו דמי הביטוח לבעל הפוליסה.  
יודגש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכח הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ם יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.  
ולראיה באנו החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ שם בעל החשבון \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת בעל החשבון \_\_\_\_\_

### הצהרת הסוכן/ות

אני מאשר בחתימתי את נכונות הרשום לעיל.  
אני מתחייב לשמות על הטופס הנ"ל לצרכי בקרה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם סוכן \_\_\_\_\_ מספר סוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_