

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק.

ניתן לשלוח לפקס ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il

א פרטי המבוטח

שם המבוטח:

ת.ז.:

מספר הפוליסה/ות:

במידה והמשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה".

ב תשלום בכרטיס אשראי

סוג הכרטיס: לאומי ויזה ישראלכרט אמריקן אקספרס ויזה כאל דיינרס אחר:

מס' כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי
.....
מס' ת.ז.	כתובת
.....

הוראה זו נחתמה על ידי בעל הכרטיס, בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בהוראה זו.

תאריך:

חתימת בעל הכרטיס: 

