

תאריך \_\_\_\_\_

**1. פרטי המבוטח**

שם המבוטח: \_\_\_\_\_ ת.ז. המבוטח: \_\_\_\_\_  
 מספר פוליסה/ות: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**2. פרטי המשלם**

שם המשלם: \_\_\_\_\_ ת.ז./ח.פ. המשלם: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

**3. מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח (יש לציין קשר למבוטח)**

\_\_\_\_\_

**4. סוג התשלום**

- תשלומים שוטפים שיועברו באמצעות המחאות למשיכה מחשבוני מספר \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_
- סכום חד פעמי בסך \_\_\_\_\_ ש, ששילמתי ביום \_\_\_\_\_ בהמחאה מספר \_\_\_\_\_ למשיכה מחשבוני מספר \_\_\_\_\_
- הוראת קבע מיום \_\_\_\_\_ לביצוע תשלומים חודשיים שוטפים באמצעות חשבוני מספר \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_
- כרטיס אשראי מספר \_\_\_\_\_ שעל שמי בחברת \_\_\_\_\_ שתוקפו עד \_\_\_\_\_

**הצהרת המשלם**

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים 1,2,3,4 לעיל, ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח המצוין מעלה בסעיף 1, וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח/המוטב (בהתאם למקרה) בלבד.  
 הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.  
 היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בשומרה חברה לביטוח בע"מ תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי/הו"ק בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך \_\_\_\_\_ שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

נא להשיב את הטופס חתום ומלא לדוא"ל [gvia@shomera.co.il](mailto:gvia@shomera.co.il) או לפקס מספר 03-9291490

לברורים ניתן לפנות לשירות לקוחות גביה בטלפון 03-9258074