

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:

שם המבוטח	מספר פוליסה
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)

<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר					
תוקף	מספר כרטיס				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">שנה</th> <th style="width: 50%;">חודש</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש			
שנה	חודש				

ידוע לנו כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטחים וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יוחזר, יוחזרו באמצעות אמצעי התשלום שבו 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 _____