

## הסכמה לתשלום בגין מבוטח אחר

1 פרטי המבקש			
שם מלא	תעודת זהות	כתובת	טלפון

אני הח"מ מאשר תשלום בגין שב"ן וביטוחים נוספים  
 כמו כן, אני  מאשר  לא מאשר תשלום בגין היטלים, שירותים ותשלומים נוספים.

2 פרטי המבוטח	
*שם המבוטח	תעודת זהות

\* התשלום עבור המבוטח ובני משפחה הרשומים איתו במסך.

3 פרטי הגבייה (לצורך ביצוע התשלום)	
<input type="checkbox"/> הוראת קבע: שם בנק: _____ מספר סניף: _____ מספר חשבון: _____	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי: מספר: _____ תוקף: _____

4 חתימת המשלם	
חתימה	תאריך
_____*	

יש להחזיר את הטופס חתום לפקס מספר: 04-8148504  
 או למייל [Production@leumit.co.il](mailto:Production@leumit.co.il)