

# אישור לתשלום דמי ביטוח אלמנטרי על ידי בעל חשבון

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

אני הח"מ מספר זהות \_\_\_\_\_ 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:

**א הוראת תשלום באמצעות שיקים (מצ"ב פירוט)**

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

סה"כ

**ב הוראת תשלום באמצעות הוראת קבע**

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

**ג 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 המבוטח/ים 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 על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ שם בעל החשבון \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת בעל החשבו /  
הצהרת הסוכן/ות \_\_\_\_\_  
אני מאשר בחתימתי את נכונות הרשום לעיל.  
אני מתחייב לשמור על הטופס הנ"ל לצרכי בקרה.  
שם סוכן \_\_\_\_\_ מספר סוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן /