

תאריך: _____

לכבוד מחוז: _____

שם הסוכן: _____

מספר סוכן: _____

זיקה בין המשלם למבוטח

1. פרטי המבוטח/בעל הפוליסה:

שם המבוטח: _____ ת.ז. המבוטח: _____

שם בעל הפוליסה: _____ ת.ז. ח.פ. בעל הפוליסה: _____

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/בעל הפוליסה):

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 המצויין 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 1: _____

תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימה 2: _____

נא להחזיר את הטופס חתום לפקס - 03-9291490. טלפון שירות לקוחות - 03-9258074.