



### הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

פרטי המשלם : [ ] ת.ז. [ ]

כתובת : [ ]

בעל כרטיס אשראי מסוג ויזה/ ישראלכרט/ דיינרס (מחק את המיותר) שמספרו \_\_\_\_\_  
בתוקף עד \_\_\_\_\_

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם את החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים/ בריאות

ע"ש מר/גב' [ ]

\_\_\_\_\_  כל הפוליסות  או פוליסות מספר \_\_\_\_\_

טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל ונתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט לחברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי

הנני מסכים כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף, כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום מראש לפני מועד סיום ההסדר.

ידוע לי, כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקם הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

### ולראיה באתי על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_

|     |         |          |                       |
|-----|---------|----------|-----------------------|
| [ ] | שם :    | מספר תא: | העתק:<br>לסוכן        |
| [ ] | מרחב :  | מק"ט:    | קוד סריקה: <b>119</b> |
| [ ] | צוות :  |          |                       |
| [ ] | טלפון : |          |                       |