

הסכמה לתשלום בגין מבוטח אחר

1 פרטי המבקש			
שם מלא	תעודת זהות	כתובת	טלפון
<p>אני הח"מ מאשר תשלום בגין שב"ן וביטוחים נוספים כמו כן, אני <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר תשלום בגין היטלים והשתתפויות עצמיות.</p>			

2 פרטי המבוטח		
שם המבוטח	תעודת זהות	בני המשפחה הרשומים יחד עם המבוטח במסך

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

4 חתימת המשלם	
חתימה	תאריך
_____*	

את הטפסים יש לשלוח בפקס למחלקת קשרי לקוחות: 04-8148504.
 יש לוודא הגעת הטפסים התקינים לאחר יום עבודה במוקד שירות הלקוחות 1-700-507-507