

הסכמה לתשלום בגין מבוטח אחר

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.

* התשלום עבור המבוטח ובני משפחה הרשומים איתו במסך.

פרטי המבוטח	
שם המבוטח*	תעודת זהות

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

חתימת המשלם	
חתימה	תאריך
_____*	

יש להחזיר את הטופס חתום לפקס מספר: 04-8148504
 או למייל Production@leumit.co.il