

Trust

Insurance Agency (1998) Ltd

www.trust-bit.com | info@trust-bit.com

Address: 7 Iksal Road, P.O.Box 50386 Nazareth 1616202 נצרת 50386 ת.ד. 7, רחוב אכסאל



טרסט

סוכנות לביטוח (1998) בע"מ

טל 04-6555969 | פקס 04-6570894

כתובת: רחוב אכסאל 7, ת.ד. 50386 נצרת 1616202

אישור תשלום דמי ביטוח

על ידי בעל חשבון שאיננו בעל פוליסה / מבוטח

מספר הסוכן

שם הסוכן

אני החתום מטה _____ ת.ז./ח.פ. _____ טלפון: _____

כתובת: _____ מיקוד: _____

מאשר בזאת לשלם את דמי הביטוח בגין הפוליסות שלהלן:

שם מבוטח	מספר רישוי / פוליסה	דמי ביטוח

התשלום יבוצע עבור _____ (לא לציין קשרי משפחה, קשר עובד – מעביד, עסק בבעלות המשלם).
אנא מלא את הסעיף הרלוונטי להלן:

1. הוראת תשלום באמצעות שיקים (מצ"ב פירוט):

תאריך פירעון	שם בנק	מספר סניף	מספר חשבון	מספר שיק	סכום בש"ח

2. הוראת תשלום באמצעות כרטיס אשראי (מצ"ב פירוט):

ויזה ☐ ישראלכרט ☐ דינרס ☐ אמריקאן אקספרס ☐ אחר ☐

מספר כרטיס אשראי	תוקף	מספר תשלומים

3. הוראת תשלום באמצעות הוראה לחיוב חשבון:

אני החתום מטה מאשר לגבות מההוראה לחיוב חשבון שלי שאר רצ"ב מחשבון מספר _____
בבנק _____ סניף _____.

ידוע לי/לנו כי התשלום הנ"ל יבוצע בעבור המבוטח/ים לעיל וכי כל החזר של דמי הביטוח ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכח הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ם יבוצע לפקודת המבוטח בלבד.
לראיה באנט על החתום:

חתימת בעל החשבון

מספר זהות

שם בעל החשבון

תאריך

הצהרת הסוכן/ת:

אני מאשר/ת בחתימתי את נכונות הרשום לעיל, ואני מתחייב/ת לשמור טופס זה לצורכי בקרה.

חתימת הסוכן

שם סוכן

מספר סוכן