

Trust

Insurance Agency (1998) Ltd

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

כתובת: רחוב אכסאל 7, ת.ד. 50386 נצרת 1616202 | פקס 04-6570894 | טל 04-6555969



טרסט

סוכנות לביטוח (1998) בע"מ

הרשאה לחיוב כרטיס אשראי

בגין תשלומי פרמיות ביטוח

מספר הסוכן

שם הסוכן

לכבוד:

1. טרסט סוכנות ביטוח (1998) בע"מ. 2. חברת כרטיסי אשראי.

הצהרה והרשאה

אני/נו החתום/ים מטה מאשר/ים בזאת לטרסט סוכנות לביטוח (1998) בע"מ לחייב את כרטיס האשראי שפרטיו מפורטים להלן בטופס זה, מעת לעת בכל חיוב שיוטל על פי הפוליסות ותוספותיהן המפורטות להלן, לרבות דמי ביטוח, דמי השתתפות עצמית וכן חיובי הוצאות שלכם עקב אי כיבוד תשלומים בקשר עם הפוליסה/ות, הכל כפי שיקבע על ידי טרסט סוכנות לביטוח (1998) בע"מ.

אני/ו מסכים כי הרשאה זו תהיה בתוקף כל עוד לא אודיע/נודיע לכם בכתב על ביטולה. ביטולה של הרשאה זו ייכנס לתוקף בתוך 30 ימים מהמועד בו תקבלו את הודעתי/נו בכתב על ביטולה. ואני/ו מאשר/ים כי הרשאה זו תהיה תקפה לביצוע החיובים הנ"ל גם באמצעות כל כרטיס אשראי אחר שיונפק במקום כרטיס האשראי שפרטיו מפורטים להלן בטופס זה.

ידוע לי/נו כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי טרסט סוכנות לביטוח (1998) בע"מ.

פרטי המבוטח

מספר תעודת זהות / ח.פ.	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר סלולרי
כתובת המבוטח		מספר	תיבת דואר	עיר
רחוב:				מיקוד

פרטי הפוליסה/ות

פוליסה מספר	ענף	מספר רישוי

אופן התשלום – פרטי כרטיס האשראי

סוג הכרטיס:

ויזה

ישראכרט

דיינרס

אמריקאן אקספרס

אחר

מספר כרטיס אשראי

תוקף

מספר תשלומים

תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס _____

הצהרת סוכן הביטוח

☐ הנני לאשר כי בעל הכרטיס חתם בפני על טופס זה.

☐ הנני לאשר כי שותחתי עם המבוטח שפרטיו מפורטים לעיל ושאר מסר לי את פרטי כרטיס האשראי המפורטים לעיל, הסברתי לו כי מדובר בהרשאה לחיוב באמצעות כרטיס האשראי עבור הפוליסות לעיל. הקראתי לו את תוכן ההצהרה וההרשאה לעיל והוא אישר בפני כי הוא מסכים לתוכן ההצהרה וההרשאה לעיל ומאשר לטרסט סוכנות לביטוח (1998) בע"מ לפעול לפיה.

ולראיה באתי על החתום

תאריך: _____ שם הסוכן: _____

מספר סוכן: _____

חתימת הסוכן: _____