

# א.רוזן סוכנות לביטוח

להחזיר לפקס 03-6729025



מקבוצת כלכל ביטוח פנסיה ופיננסים

המבטח: כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

## הוראת תשלום לקופה

שם הסוכן	מס' סוכן	סניף
אריק רוזן	73429	

### 1 פרטי המבוטח:

שם המבוטח	מס' זהות		
מס' פליטה	מסמך	ענף	תקופת הביטוח מתאריך
סכום לתשלום	ש"ח / \$	שער המרה	עד תאריך

פרטי העיסקה: ביטוחים אלמנטריים בלבד ל-5026791 י-3192226 ד-5026791

### 2 הוראת בעל כרטיס האשראי (נא סמן x במשבצת של החברה המתאימה)

לכבוד:  ויזה - כ.א.ל.  ויזה - לאומי קארד  אמריקן אקספרס  ישראל כרטיס בע"מ  דינרס קלוב ישראל בע"מ

שם בעל הכרטיס	מס' זהות של המבוטח (או מס' חברה)		
כתובת בעל הכרטיס	מס' טלפון בעל הכרטיס		
מס' כרטיס האשראי	תשלומים	בתוקף עד	קוד אישור טל'

הערות: 1. הסדר רגיל כתשלום 1 בלבד.  
2. הסדר תשלומים - מקסימום 4 מתחילת ביטוח.  
3. הסדר קרדיט - על-פי הנהוג בחברת האשראי. - ראה תנאי עסקה מעבר לדף.

סוג העיסקה	קרדיט <input type="checkbox"/>	תשלומים <input type="checkbox"/>	רגיל <input type="checkbox"/>
------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

הנני מבקש לשלם את פרמיית הביטוח באמצעות כרטיס אשראי כמפורט לעיל. אני מבקש מהבנק להקצות לי אשראי בהתאם לבקשתי המפורטת לעיל. "הבנקי לצורך מסמך זה - הבנק שאצלו מתנהל החשבון המפורט בתנאי ההצטרפות.

תאריך חתימת בעל הכרטיס

### 3 התחייבות הסוכן:

- אני החתום מטה מתחייב בזאת, כי כל שימוש כמספר כרטיס האשראי שנמסר לי על ידי הלקוח, ייעשה אך ורק בגין אותה פוליסה המצויינת לעיל, שהלקוח הרשה לחייב את חשבונו בנינה במפורש, ואני מתחייב שלא ייעשה על ידי ו/או מטעמי שימוש אחר במספר כרטיס האשראי שנמסר לי על ידי.
- לא ייעשה כל שימוש כמספר כרטיס אשראי זה על ידי או על ידי מי מעובדי, אלא לאחר שהלקוח אישר אישית והודעה אישית על ידי מתן מספר תעודת הזהות ולאחר שווידאתי שהחייב נעשה באישורו האישי של בעל הכרטיס.
- הנני מתחייב כי האחריות הבלעדית לשמירת סודיות מספר כרטיס האשראי או כל מידע אחר שנמסר לי על ידי הלקוח בקשר לאותו כרטיס תחול עלי בלבד.
- כל חיוב כספי ו/או כל נזק כספי שיגרמו לחברת האשראי ו/או לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מכוחה של הוראה שניתנה שלא בהרשאתו המפורשת של המבוטח, וכן כל חיוב שיבוצע באמצעותי שלא כדון, יחולו עלי ואני אשא בהם לבדי.
- אם כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ תחייב לשלם סכום כלשהו בגין פעולה שבוצעה באמצעותי שלא כדון כמפורט בסעיף 4 לעיל, אשיב סכום זה לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ תוך שבעה ימים מהמועד בו אקבל מכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ הודעה על דבר חייבה כאמור לעיל. **ידוע לי כי בעת ביצוע הגביה מאת המבוטח באמצעות הוראת תשלום בכרטיס אשראי, כמפורט לעיל, אני מתחייב ומסכים לעמוד בכל התנאים הנזכרים בסעיף 3.**

ולראיה באתי על החתום

תאריך שם הסוכן/הסוכנת **אריק רוזן** חתימה וחותמת

הוקש ע"י (שם מלא) תאריך חתימה

מנימי

טלפונים לחברת האשראי:

ויזה: 03-5726333 או 1-700-700-110

ישראל כרטיס: 03-6364444 או 1-800-868-686

מק"ט 70020010 דפוס נוה שאנן

העתק ראשון - לחברת הביטוח, העתק שני - לסוכן, העתק שלישי למבוטח.