



## הוראת תשלום לקופה המבטח: כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מס' סוכן	סניף

### 1 פרטי המבוטח:

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

פרטי העיסקה: ביטוחים אלמנטריים בלבד ל-546942 א-717157 ד-546942

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

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

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

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

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

הנני מבקש לשלם את פרמיית הביטוח באמצעות כרטיס אשראי כמפורט לעיל. אני מבקש מהבנק להקצות לי אשראי בהתאם לבקשתי המפורטת לעיל. "הבנק" 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 במספר כרטיס האשראי שנמסר לי על ידי הלקוח, ייעשה אך ורק בגין אותה פוליסה המצויינת לעיל, שהלקוח הרשה לחייב את חשבונו בגינה במפורש, ואני מתחייב שלא ייעשה על ידי ו/או מטעמי שימוש אחר במספר כרטיס האשראי שנמסר לי על ידי.
- לא ייעשה כל שימוש במספר כרטיס אשראי זה על ידי או על ידי מי מעובדי, אלא לאחר שהלקוח אישר אישית והזדהה אישית על ידי מתן מספר תעודת הזהות ולאחר שוודאיתי שהחוב 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 חברה לביטוח בע"מ מכוחה של הוראה שניתנה שלא בהרשאתו המפורשת של המבוטח, וכן כל חיוב שיבוצע באמצעותי שלא כדיון, יחולו עלי ואני אשא בהם לבדי.
- אם כלל חברה לביטוח בע"מ תחייב לשלם סכום כלשהו בגין פעולה שבוצעה באמצעותי שלא כדיון כמפורט בסעיף 4 לעיל, אשיב סכום זה לכלל חברה לביטוח בע"מ תוך שבעה ימים מהמועד בו אקבל מכלל חברה לביטוח בע"מ הודעה על דבר חיובה 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 \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

הוקש ע"י (שם מלא) \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

פנימי

טלפונים לחברת האשראי:

ויזה: 03-5726333 או 1-700-700-110

ישראלכרט: 03-6364444 או 1-800-868-686

מק"ט 64040024 דפוס נוה שאנן

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