

לכבוד
 כלל חברה לביטוח בע"מ
 באמצעות פקס: 077-6383321

טופס כרטיסי אשראי

פוליסה/ות מספר

שם המבוטח (פרטי ומשפחה)		מס' ת.ז.		תאריך הבקשה	
שם רחוב או מספר ת.ד.		מס' בית		מיקוד	
מס' טלפון		מס' טלפון נייד		E-mail	

נא לגבות את הפרמיות לפוליסות הנ"ל לפי פרטי אשראי, כמפורט להלן:

<input type="checkbox"/> ויזה כאל	<input type="checkbox"/> ישראלכרט	<input type="checkbox"/> לאומי כארד	<input type="checkbox"/> דינרס	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--

מסלול התשלומים המבוקש – מסלול קרדיט
מס' התשלומים המבוקש

מס' כרטיס אשראי	בתוקף עד
-----------------	----------

שם בעל כרטיס האשראי	מס' ת.ז.	חתימה
---------------------	----------	-------

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים וסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" להעביר למנפיקת כרטיס האשראי חיובים מעת לעת, כפי שתפרטנה למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס האשראי שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס האשראי שמספרו נקוב לעיל.

שם בעל הפוליסה	מס' ת.ז.
----------------	----------

חתימת בעל הפוליסה	תאריך הבקשה
-------------------	-------------