



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
גביה מלא שכירים

מס' זהות / דרכון									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> לשימוש פנימי בלבד (סריקה) </div>									
סוג המסמך		דפים		01		30			

הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

פרטי המבוטח החייב בתשלום מקדמות דמי ביטוח														
שם משפחה					שם פרטי					מספר זהות ב"ס				
<p>מבקש בזאת לחייב את חשבוני בסניפכם בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות ו/או חיוב על פי הסדר תשלומים בסכומים ובמועדים שיקבעו מדי פעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי, באמצעות כרטיס האשראי שפרטיו מפורטים להלן</p>														
פרטי בעל כרטיס האשראי														
שם משפחה					שם פרטי					מספר זהות ב"ס				
רחוב / תא דואר			מס' בית		כניסה		דירה		יישוב			מיקוד		
טלפון קווי					טלפון נייד					דואר אלקטרוני				
מספר כרטיס לחיוב					תוקף הכרטיס									
					שנה		חודש							
<p>סוג הכרטיס: <input type="checkbox"/> ישראלרטי <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס קלאב</p>														
<p>נותן לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי, ביטוח בריאות ו/או חיובים על פי הסדר תשלומים בסכומים ובמועדים שיקבעו מפעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי.</p>														
<p>מוסכם עלינו האמור בבקשה זו וכן ידוע ומוסכם כי בקשה זו תקפה גם לאחר חידוש תוקף הכרטיס ו/או הנפקת כרטיס שיישא מספר אחר, כל עוד לא התקבלה הודעת ביטול או שינוי באופן תשלום המקדמות ובכפוף לאישור חברת האשראי.</p>														
תאריך					חתימת בעל הכרטיס					חתימת המבוטח				

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד