הפניקס קו הבריאות
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
פקס: 03-5735222 | info@fnx.co.il | www.fnx.co.il

קשרי לקוחות: 03-7332222 *3455

הפניקס

ביטוח נסיעות לחו"ל | בקשה להחזר פרמיה בגין ביטול/קיצור תקופת הביטוח

מס' סוכן	שם סוכן	שם האשכול	מס' פוליסה

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

ג.א. נכבד/ה,

הנני הח"מ מבקש/ת בזאת להשיב לי את פרמיית הביטוח עקב אי יצאתי את ישראל כמתוכנן/עקב חזרתי המוקדמת לישראל (נא הקף בעיגול) ובכפוף לפרטים הבאים:

שם המבוטח	ת.ז.	תקופת הביטוח	
		מ	עד

הצהרה

במקרה של ביטול פוליסה (אי יציאת המבוטח את ישראל) - יש להשיב את הפוליסה למבטח.

לתשומת ליבך: על-פי תנאי הפוליסה החזר בגין קיצור או ביטול פוליסה הינו בכפוף לתנאים הבאים:

- קיצור נסיעה (חזרה מוקדמת לישראל בתוך תקופת הביטוח) - יש לצרף צילום דרכון הכולל חותמת יציאה מישראל וחזרה אליה (או אישור משרד הפנים על מועדי הנסיעה).
המבוטח יהיה זכאי להחזר דמי הבטוח שלא נוצלו בפועל על ידו עקב חזרתו המוקדמת ובלבד שלא הוגשה ולא תוגש כל תביעה למבטח על-פי הפוליסה למעט בקשה זו להחזר דמי הבטוח.
תאריך חזרה לישראל _____
- ביטול נסיעה (אי יציאת המבוטח את ישראל במועד המתוכנן). המבוטח יהיה זכאי להחזר דמי הבטוח וביטול הפוליסה מתחילתה בתנאי מפורש כי לא הוגשה ולא תוגש כל תביעה למבטח למעט בקשה זו להחזר דמי הבטוח ובתנאי נוסף כי המבוטח פנה למבטח בבקשה זו **טרם** כניסת הפוליסה לתוקף והשיב למבטח את פוליסת הבטוח המקורית.

תאריך	שם המבקש (המבוטח)	חתימת המבקש (המבוטח)
		✓

נא לזכות את חשבוני לפי הפרטים להלן

שם בעל החשבון	ת.ז.

שם הבנק	שם הסניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק

כתובת למשלוח	עיר	רחוב	מס' בית	מיקוד	כתובת דואר אלקטרוני

האם אלה פרטי חשבון באמצעותו משולמת הפוליסה בהוראת קבע? ◯ כן ◯ לא

נא למלא רק במקרה בו שולמה הפוליסה בכרטיס אשראי ע"י בעל הפוליסה

אני מתחייב בזה שלא לבטל את ההרשאה לחיוב כרטיס האשראי בהקשר לפוליסה זו וכן מתחייב אני שלא לדרוש החזר זה מחברת האשראי

פרטי כרטיס האשראי			
◯ ויזה כ.א.ל ◯ ישראכארד ◯ לאומי כארד ◯ אמריקן אקספרס ◯ דיינרס	תוקף כרטיס	מס' כרטיס	
סוג הכרטיס	ת.ז. בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	
תאריך		חתימת בעל כרטיס האשראי	✓

לשימוש החברה

תאריך הזנת הבקשה	מספר בקשת החזר	מספר כספר מזין	שם כספר מזין

מטבע פוליסה - $	סכום נדרש מטבע	סכום נדרש בשקלים

הערות

תאריך אישור	מספר קבלה/מספר מנה (למילוי לאחר הזנה)	שם המאשר	חתימת בעל כרטיס האשראי
			✓