

- רגיש (לאחר מילוי פרטים) -

מבוטח יקר,

נא הקף בעיגול באיזה אמצעי דיוור הנך מבקש להתנהל מולנו:

דואר ישראל/ דואר אלקטרוני (נא לרשום בכתב ברור כתובת פעילה)

בהעדר סימון מסמכי התביעה ישלחו בדואר ישראל

ביטול נסיעה – טופס תביעה

שם המבוטח
מספר תעודת זהות
כתובת
מס' טלפון קווי
מס' טלפון נייד
מספר פוליסה
יעד הנסיעה

סוג הביטוח: P / C / S

נא לצרף קבלה בדבר תשלום הביטוח.

תאריך הזמנת החבילה
שם מארגן הטיולים
שם משרד נסיעות באמצעותו נערכה הזמנת החבילה
מחיר החבילה ו/או הטיסה
תאריך יציאה
תאריך חזרה (מיועד)
מספר כרטיס אשראי בינלאומי של נוסע
קירבה משפחתית של הנלווים לנסיעה
תאריך האירוע
תאריך ביטול הנסיעה
סכום התביעה

תאר בקצרה את נסיבות האירוע או הסיבות שהביאו לביטול הנסיעה:

קיומו של ביטוח נסיעות נוסף

האם רכשת / הפעלת ביטוח נסיעות לחו"ל נוסף על הביטוח בשירביט? כן / לא

במידה והתשובה דלעיל היתה חיובית, נא פרט:

שם חברת הביטוח _____ מספר הפוליסה _____

משך התקופה _____

חתימת המבוטח

שם המבוטח

תאריך

יש לצרף לטופס הנ"ל:

פוליסה, חשבונית המארגן, דו"ח אשפוז ו/או דו"ח חדר מיון, פרוספקט דמי ביטול, טופס הזמנה, טופס הרשמה, צילום דוקט של טופס הזמנה, כרטיסי טיסה.

ולשלוח בדואר לרחוב: יד חרוצים 18 אזור התעשייה פולג, ת.ד. 6137, מיקוד 42161 לידי מחלקת תביעות.

תאריך

מבלי להודות בכיסוי הביטוחי ו/או בחבות החברה ו/או בשיעור הנזק, מצורף לנוחותך טופס בקשה להעברה בנקאית, אותו הנך מתבקש למלא ולצרף לטופס התביעה, בצירוף העתק המחאה ו/או אישור בנק בדבר פרטי החשבון.

בקשה להעברה בנקאית

אני ה"מ, מבקש בזאת משירביט חברה לביטוח בע"מ לשלם לי את הסכומים, אשר לטענתי מגיעים לי בגין אירוע מיום _____ תביעה מס' _____ באמצעות העברה בנקאית אל חשבון הבנק שלי שפרטיו להלן:

שם בעל החשבון:	ס.ב.	מספר ת.ז.
כתובת דוא"ל למשלוח הודעת זיכוי:	שם הבנק:	שם הסניף:
מספר חשבון	מס' סניף	מס' בנק

ידוע לי שאין בבקשתי זו משום התחייבות של שירביט חברה לביטוח בע"מ להכיר בחבות ו/או בגובה הפיצוי.

שם _____
חתימת התובע _____
תאריך _____

- הודעת תשלום מפורטת תישלח לכתובת הדוא"ל המצוינת מעלה או לכתובת דואר

הבאה: _____

יש לשלוח טופס זה לת.ד. 6137 נתניה, מיקוד 42161, או לאחד ממספרי הפקס הבאים:
076-8622240 (רכב מקיף וצד ג'), 076-8843335 (דירות ועסקים), 076-8843336 (נסיעות חו"ל ביטוח בריאות), 076-8622354 (ביטוח חובה)

יש לצרף צילום המחאה של בעל החשבון או אישור מהבנק על פרטי החשבון אליו מבקשים להפקיד את התשלום