



1. פרטים אישיים

שם משפחה שם פרטי תאריך לידה יום חודש שנה

ת.ז. מין: זכר נקבה תושב ישראל: כן לא

טלפון בית טלפון עבודה טלפון נייד

אזרחות נוספת: כן לא כתובת מס' פוליסה

כתובת דואר אלקטרוני

השהות בחו"ל: תאריך יציאה יום חודש שנה תאריך חזרה יום חודש שנה יעד הנסיעה (מדינה)

2. ביטוחים נוספים בהתאם לחוק חוזה הביטוח, סעיף 59 א', על המבוטח להצהיר על קיום ביטוח נוסף

האם קיימים ביטוחים נוספים אחרים על הרכוש הנתבע? לא כן

אם כן, שם החברה מס' פוליסה תוקף יום חודש שנה

האם האובדן או הנוק אירע במסגרת הטיסה? לא כן פרט

האם הופעל ביטוח נסיעות בכרטיס האשראי לנסיעתך לחו"ל? לא כן

שם חברת האשראי שם בעל הכרטיס

מס' כרטיס האשראי תוקף יום חודש שנה

האם רכשת הרחבה ו/או שילמת פרמיה נוספת / חריגה? לא כן אם כן, ציין סוג ההרחבה

3. תיאור האירוע

מקום האירוע תאריך האירוע יום חודש שנה סכום התביעה

אנא פרט/י על גבי דף זה את אשר אירע במהלך יום האירוע מתחילתו ועד סופו: (במידת הצורך, ניתן להוסיף עמודים נוספים ומסמכים)

מתי ואיפה ניזוק? / נראה לאחרונה הרכוש הנתבע: בתאריך יום חודש שנה בשעה במקום

האם דיווחת על האירוע? לא כן אם כן, פרט למי

אם לא, פרט מדוע

תיאור הפריט	מחיר רכישה	תאריך הרכישה	מקום הרכישה	נא ציין/י אם מצורפת קבלה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

נא לשלוח את טופס התביעה לדוא"ל: pcsr@passportcard.co.il או לפקס: 09-8920931 או לכתובת: ת.ד. 8767 נתניה 42504



4. שחזור מסמכים

תיאור המסמכים עלות השחזור יש להגיש קבלות מקוריות בלבד

5. פרטי חשבון בנק / אשראי

אבקש להעביר לחשבון הבנק שלי/כרטיס אשראי אשר פרטיו רשומים מטה את סכום התביעה

שם בעל החשבון / שם בעל הכרטיס ת.ז. / ח.פ.

פרטי כרטיס אשראי: מס' כרטיס אשראי תוקף שנה חודש

פרטי חשבון בנק: מס' חשבון מס' סניף מס' ושם בנק

* לא ניתן לקבל החזרים באמצעות אמריקן אקספרס ודיינרס

6. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה בעל הפוליסה הנ"ל, מס' ת.ז.

מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים וכי כל הפריטים שצוינו לעיל, אבדו או נגנבו או ניזוקו בהתאם למפורט לעיל.

7. עדכון סוכן

אם הינך מאשר/ת לעדכן את סוכן הביטוח בפרטי התביעה ותוצאותיה, נא סמן כאן

שנה חודש יום

תאריך

תעודת זהות

חתימה