

טופס תביעה בגין ביטול נסיעה – ביטוח ביטול טיסה



לקוח יקר, נא לשלוח את טופס התביעה חתום יחד עם המסמכים הנלווים הנדרשים ל:
כתובת דואר ישראל: תא דואר 1170 מיקוד 7019900 קריית שדה התעופה.

כתובת דוא"ל: claims@tripguaranty.co.il.

לקבלת מידע, מענה לשאלות ושירות בנוגע לתביעות, עומדים לרשותך אתר אינטרנט בכתובת www.tripguaranty.co.il

מוקד שירות הלקוחות בטלפון 08-6695110, פתוח א'–ה' 09:00–16:00

מספר פוליסה

פרטים אישיים של מגיש התביעה

שם פרטי				שם משפחה				מספר תעודת זהות/דרכון				תאריך לידה			
טלפון בבית				טלפון נייד				דואר אלקטרוני				כתובת (רחוב)			
בית				דירה				עיר/יישוב				מיקוד			

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

נא פרטי/ ביטוחים נוספים לנסיעתך:

שם חברת האשראי				שם בעל הכרטיס				תוקף הכרטיס				מספר כרטיס			
אם כן, שם החברה				מספר פוליסה				תוקף							

האם הופעל כרטיס אשראי טרם נסיעתך לחו"ל? לא כן

פרטי הטיסה/חבילת נופש שבוטלה

שם חברת תעופה				מדינת יעד				תאריך יציאה מתוכנן				שעת יציאה מתוכננת				תאריך הודעה על ביטול לספק				שעת הודעה על ביטול			
---------------	--	--	--	-----------	--	--	--	--------------------	--	--	--	-------------------	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--------------------	--	--	--

מהן הסיבה/ות לביטול כרטיס/י הטיסה?

פרטי הנוסעים המבוטחים אשר בטלו את כרטיס הטיסה / חבילת הנופש שלהם

מס"ד	שם משפחה ושם פרטי	מספר תעודת זהות / דרכון	סכום כספי ששולם עבור הכרטיס / חבילת הנופש לאחר הביטול (= דמי ביטול *)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

סה"כ סכום כספי ששולם לאחר הביטול עבור הכרטיסים / חבילות הנופש שבוטלו

האם במסגרת הפוליסה ביטחת גם שירותי תיירות נוספים לכרטיסי הטיסה / חבילות הנופש? כן לא

האם קיימים שירותי תיירות נוספים לכרטיסי הטיסה / חבילות הנופש שבוטלו והינך מעוניין לתבוע עבורם החזר? כן לא

* דמי ביטול – הסכום הכספי שהלקוח חויב עליו ספק התיירות שלו לאחר הודעת הביטול = מה ששולם בפועל בניכוי מה שהוחזר ללקוח לאחר הביטול.

החזר עבור שירותים משלימים נוספים שבוטחו בפוליסה	
מס'ד	שירותי תיירות משלימים לטיסה / חבילת הנופש, שהזמנו ע"י הלקוח, בוטחו בפוליסה וכוללים דמי ביטול
1.	סכום כספי ששולם עבור השירות לאחר הביטול (= דמי ביטול *)
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
סה"כ סכום כספי ששולם לשירותי תיירות משלימים הכוללים דמי ביטול ובוטלו	

הערות:

פרטי חשבון להעברה בנקאית של הסכומים להחזר				
שם בנק	שם סניף	קוד סניף	שם בעל החשבון	מספר חשבון

הצהרה				
אני החתום מטה מצהיר, כי העתקי הקבלות שצרפתי זהים לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהם כל שינוי. הנני מתחייב ומצהיר, כי לא אעשה כל שימוש בקבלות המקוריות וכי לא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לכל גורם אחר, מלבד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס"), להחזר בגין אותן קבלות. הנני מתחייב, כי מקום בו יובא לידיעת הפניקס, כי פעלתי לקבלת כפל תשלום תוך הצגת הקבלות לגוף אחר, אפעל להשבת הכספים ששולמו על ידי הפניקס, ככול ששולמו, ואין ולא תהינה לי טענות ביחס לכך. ידוע לי, כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי ולכן איני זכאי לקבל מעבר להוצאה בפועל, אך ככל שיתקבל החזר גם מגורם נוסף, יכול גובה החזר משני הגורמים להגיע עד לסכום ההוצאה בפועל.				
שם בעל הפוליסה הנ"ל, מס' ת.ז. _____ מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.				
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	חתימה	X

מסמכים נלווים הנדרשים כאסמכתאות לתביעה בכפיפות לתנאי הפוליסה לביטול טיסה מהדורה ינואר 2015.	
להלן המסמכים שנדרש להגיש יחד עם טופס התביעה כאסמכתא לאירוע ולגובה החזרים.	
1. צילום דרכון או ת.ז.	
2. אסמכתא להזמנת השירות מספק תיירות / חברת תעופה (כרטיס טיסה מקורי)	
3. אסמכתא לביטול השירות מספק התיירות / חברת התעופה לרבות ציון מועד הביטול (תאריך ושעה).	
4. אסמכתא לתשלום ודמי הביטול ששולמו לספק התיירות / חברת התעופה לאחר הביטול (חשבוניות או קבלות מקוריות להוכחת ההוצאה) כמסמכי אסמכתא, יתקבלו מסמכים מספקי התיירות / חברות התעופה ומסמכים ממוסדות פיננסים לרבות מחברות כ.אשראי או מבנקים להוכחת תשלום. עם קבלת הנדרש נטפל בהתאם לתנאי הפוליסה סייגיה וחריגיה.	
אין באמור משום הודאה בזכות כלשהיא ו/או לפגוע ביתר זכויותינו עפ"י הפוליסה והחוקים הרלוונטיים ו/או משום הסכמה מצידנו להאריך את תקופת ההתיישנות או לשנות את מועד תחילת מניינה מיום קרות האירוע.	

הנך רשאי להשיג על החלטה זו בכתב, בהתאם לתנאי הפוליסה, וכן הנך רשאי להגיש חוות דעת מומחה מטעמך. הנך זכאי להביא את השגתך בפני הגורם המטפל ולחלופין בפני הממונה על פניות הציבור בחברה באמצעות הדואר לכתובת הרשומה מעלה, או באמצעות דואר אלקטרוני pnioth@fnx.co.il. כמו כן זכותך להביא את השגתך בפני גורמים נוספים ובכלל זה ערכאות שיפוטיות, או הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר. תקופת התיישנות הינה 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח, וזאת בכפוף להוראות הדין. מודגש בזאת, כי אין די בהשגת תביעה לחברתנו כדי לעצור את מרוץ תקופת ההתיישנות, וכי רק הגשת התביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות, הכל בהתאם להוראות הדין.

שירות ותמיכה
להלן ערוצי השירות העומדים לרשות המבוטח בביטוח ביטול טיסה:
מוקד שירות לקוחות ביטוח ביטול טיסות - 08-6695110
מוקד מידע ושירות המאויש בצוות אנשי שירות מקצועי ופתוח בימים א'-ה' 09:00-16:00.
אתר אינטרנט - www.tripguaranty.co.il . אתר אינטרנט במסגרתו ניתן לקבל מידע לגבי תכנית הביטוח ותהליכי התביעה וגם לרכוש ביטוח.
שירות מייל - claims@tripguaranty.co.il .
צוות שירות מייל עומד לרשות הלקוחות המעוניינים לקבל שירות במייל.

בשם סוכנות הביטוח

בשם החברה

טריפ גרנטי סוכנות לביטוח 2014 בע"מ

הפניקס חברה לביטוח בע"מ