

לקוחות יקרים,
**יש להקפיד על מילוי המידע הנדרש באופן מלא ומדויק
ולצרף את המסמכים הנדרשים.**
במידה וקיים שדה שאינכם יודעים למלא, יש להשאיר אותו
ריק ואנו נשלים/ניצור עימך קשר למילוי הטופס.

על מנת שנוכל לטפל בפנייתכם, יש להעביר את המסמכים
לתיבת הדוא"ל: **BITULIM@WOBI.CO.IL**
(שימו לב! אין צורך להעביר את מסמכים לחברת הביטוח,
אנו נדאג לטיפול בפנייתך למול חברת הביטוח)

בכל שאלה או בקשה נוספת, אנו זמינים עבורך באמצעות
המייל - **BITULIM@WOBI.CO.IL** או באמצעות התכתבות
עם נציג בWhatsapp - במספר **050-6565902**

שעות פעילות מוקד שירות הלקוחות
ימים א'-ה' - 09:00-17:00

בקשה להחזר פרמיה/בקשה להחזר חובה

← פרטי סוכן		
מס' סוכן	שם סוכן	תאריך

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

א, ג, נכבד,

הנני מבקש בזאת לקבל לידי דמי ביטוח העומדים לזכותי בפוליסה על פי הפרטים הבאים:

← סוג ההחזר			
<input type="radio"/> החזר פרמיה		<input type="radio"/> החזר רכב חובה	
מס' תוספת	מספר פוליסה	מס' ת.ז.	שם המבוטח
			הסבר סיבת ההחזר (במלל)
הצהרת שימוש פרטי לצורך ניכוי מס: האם הפוליסה הינה למטרה פרטית <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			

← <input type="radio"/> נא לזכות את חשבוני לפי הפרטים הר"מ:			
שם הבנק	שם הסניף	מס' חשבון	מס' סניף
		שם בעל החשבון	ת.ז.

← <input type="radio"/> נא לזכות את כרטיס האשראי לפי פרטי כרטיס האשראי אשר ממנו נגבתה פרמיית הביטוח			
לתשומת ליבך:			
ניתן לבצע החזר פרמיה לכרטיס אשראי רק במידה וסכום ההחזר נמוך מהסכום שחוייב הכרטיס.			
מועד זיכוי חשבונך כפוף להסכם שבינך לבין חברת האשראי.			

← <input type="radio"/> נא למלא רק במקרה בו שולמה הפוליסה בכרטיס אשראי ע"י בעל הכרטיס			
הצהרת המשלם: אני מתחייב בזה שלא אחיש את העסקה / לא אבטל את ההרשאה לחיוב כרטיס האשראי ולא אדרוש החזר מחברת האשראי בגין פוליסה זו.			
תאריך	שם בעל הכרטיס	מס' ת.ז.	חתימת בעל כרטיס האשראי

← <input type="radio"/> הנני מאשר את נכונות הפרטים שמלאתי לעיל - אישור מבוטח			
תאריך	שם מבוטח / שם מורשה חתימה של התאגיד	חתימת מבוטח / מורשה חתימה התאגיד + חותמת התאגיד	

← <input type="radio"/> הנני מאשר את נכונות הפרטים שמלאתי לעיל - אישור סוכן			
תאריך	שם סוכן	חתימת סוכן	

← לשימוש החברה			
תאריך הזנת בקשה	מספר בקשת החזר	מספר כספר מזין	שם כספר מזין
סכום תשלום מקורי	מטבע הפוליסה		
סכום קיזוז			
יתרת החזר תשלום	סכום יתרה בש"ח		
מספר הוראת תשלום	הערות		
תאריך אישור	(מספר קבלה/מספר מנה (למילוי לאחר הזנה)	שם המאשר	חתימת המאשר