





## 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.

יום  חודש  שנה

תאריך

תעודת זהות

חתימה

נא לשלוח את טופס התביעה לדוא"ל: [pcsr@passportcard.co.il](mailto:pcsr@passportcard.co.il) או לפקס: 09-8920986 או לכתובת: ת.ד. 8767 נתניה 42504