

## טופס בקשה להחזר דמי כרטיס

בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שרכשת, יש למלא על גבי טופס הבקשה להחזר דמי כרטיס את כל המידע הנדרש.

את טופס הבקשה החתום, יש לשלוח, תוך 14 יום, מיום קרות האירוע אשר בגינו מבוקש ההחזר, באמצעות מייל לכתובת- [pninaz@broadspire.co.il](mailto:pninaz@broadspire.co.il) או באמצעות פקס שמספרו 03-5628812.

בכל פנייה נא לציין כתובת אימייל או פקס לשם תכתובת.

לצורך בחינת הבקשה, יש להעביר כל מסמך העשוי לתמוך ולאמת את המידע הנמסר.

חברת הביטוח שומרת לעצמה את הזכות לדרוש מסמכים נוספים, לזמן לעדות בשבועה וכל שיידרש לבדיקת הבקשה.

א. פרטי מגיש הבקשה:

שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות	טלפון לבירורים

ב. פרטי חשבון הבנק של מגיש הבקשה:

שם הבנק	מס' הבנק	שם סניף הבנק	מס' סניף הבנק	מס' חשבון

ג. מידע על ההזמנה:

מספר הזמנה	תאריך רכישה	סכום החיוב	סוג ושם המופע	תאריך המופע

סיבת הבקשה להחזר \_\_\_\_\_

מס' הכרטיסים שנרכשו \_\_\_\_\_ מס' הכרטיסים עבורם מבוקש ההחזר \_\_\_\_\_

ד. הערות

1. את הכרטיס(ים), אשר לא נעשה בהם שימוש ואשר עבורם מבוקש ההחזר, יש להעביר, בהקדם האפשרי, בדואר רשום בלבד, לכתובת: ברודספייר (אצל



- טוסמן), רחוב חומה ומגדל 2, תל אביב, ככל שנמצאים פיזית ברשות הרוכש (נאספו עצמאית או נשלחו בדואר). שליחת הכרטיס(ים) מהווה תנאי להחזר.
2. במידה ואין ברשות הרוכש כרטיס(ים) פיזי(ים), יש לשלוח לכתובת הר"מ או לצרף לבקשה, העתק קבלה או כל הוכחת תשלום אחרת. כאמור, ללא כרטיס(ים) פיזי(ים) או הוכחת תשלום לא יבוצע ההחזר.
  3. תוך 14 יום מיום שליחת הבקשה לביטול, יש לשלוח את העתק הזמנת הכרטיס(ים) וכן מסמכים רלבנטיים העשויים לאמת את סיבת הבקשה להחזר (אישור מחלה, אישור במקרה מוות, דוח תאונה וכל מסמך רלבנטי אחר).
  4. תוך 3 ימי עסקים יישלח מייל או פקס המאשר את קבלת הבקשה.
  5. ככל שתאושר הבקשה, יכלול ההחזר אך ורק את סכום שווי הכרטיס(ים), לא יינתן החזר עבור עלות הביטוח שנרכש.
  6. עם קבלת המידע והמסמכים הנדרשים ולאחר בחינת הבקשה בכפוף לתנאי הפוליסה, תשלח למגיש הבקשה הודעה באשר להחלטת חברת הביטוח, כולל סכום ההחזר, ככל שהבקשה עומדת בתנאים.
  7. התשלום יבוצע בכפוף לחתימה על כתב סילוק תביעות.
  8. ההחזר יבוצע בהפקדה ישירה לחשבון הבנק שאת פרטיו יש לציין מעלה.
  9. שאלות נוספות נא להפנות לעורכת דין פנינה צחור, לכתובת המייל המצוינת מעלה.

אי מילוי הטופס או המצאת המסמכים כנדרש יעכב את הטיפול בבקשה

תאריך: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_