טופס הכחשת עסקת ביטוח

מחלקת שירות לקוחות

מספרנו: _____

תאריך: ___ / ___ / ___

מוקד שירות לקוחות עומד לרשותך בימים א'-ה' בין השעות 08:00 - 20:00
בטלפון: 03-6364333 פקס: 03-6895200.

שלום רב,
קבוצת ישראכרט מעוניינת לתת את השירות הטוב ביותר ללקוחותיה.
על מנת שנוכל לטפל בפנייתך, אנא מלא/י את הפרטים הנדרשים בהקדם האפשרי.

שם ושם משפחה _____ מס' ת.ז. _|_|_|_|_|_|_|_|_

מס' כרטיס _____ סכום העסקה: _____ ₪ / דולר / אחר (אנא פרט)

תאריך העסקה ___ / ___ / ___

סוג עסקה: רגילה ☐ תשלומים מס' _____ | ישראקרדיט ☐ תשלומי קרדיט _____ (מס' תשלומים) | אחר ☐

שם בית העסק (כפי שמופיע בהודעת החיוב) _____

לאחר בדיקת הודעת החיוב נוכחתי לדעת כי חויבתי שלא על דעתי מהסיבות כדלקמן (אנא סמן X בשורות הרלוונטיות):

☐ מעולם לא ביצעתי את העסקה וכן לא מסרתי את הכרטיס/פרטיו לשום גורם אחר שידוע לי.
☐ מעולם לא אישרתי את העסקה.
☐ לא חידשתי עסקה בבית עסק זה. ידוע לי ומוסכם עלי כי:

א) הצהרה זו תשמש את ישראכרט לאורך כל הליך הברור, תהווה ראיה לפנייתי ותימסר לבית העסק לפי שיקול דעתה של ישראכרט.
ב) אם בית העסק יטען כנגד נכונות הצהרתי, כולה או חלקה, יתכן שישראכרט תיפנה אלי בעתיד בצירוף טענתו כדי לקבל את התייחסותי.
ג) אם לאחר הברור תיווכח ישראכרט כי העסקה/אות בוצעה/ו על ידי, אחויב בגינה/ם ובגין העמלות כפי שיהיו מקובלות בישראכרט.
ד) ידוע לי כי ביטול עסקה/הוראת קבע לעסקת ביטוח עלול להיות עילה לביטול הביטוח וכי ישראכרט לא תשא באחריות כלשהי לכל נזק ו/או הוצאה שיגרמו לי עקב הצהרה זו.

חתימת הלקוח/ה _____ ת.ז. _____ טלפון ליצירת קשר _____