

## הודעה על תביעה

מבוטח/ת יקר/ה,

מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך במהירות וביעילות. יש לצרף טופס זה **בכל** פניה ולהקפיד על מילוי **כל הפרטים** כנדרש.

- לבקשת ההחזר יש לצרף קבלה מקורית (לא חשבונית).
- בנוסף, יש להקפיד ולצרף את כל המסמכים הנדרשים בהתאם לנדרש בדף העוקב.

### פרטי המבוטח/ת

כתב השרות	שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות							
לשימוש פנימי - מספר תביעה	יישוב מגורים	מס' טלפון	מקום עבודה	תאריך לידה						
	כתובת דוא"ל	מס' דירה	מס' בית	רחוב						

### נא סמן את אופן התשלום המבוקש:

- תשלום בשיק - נא וודאו שהכתובת המופיעה למעלה תקינה ומלאה.
- העברה בנקאית - בהתאם לפרטים הבאים:\*\*

מספר סניף	מספר בנק	בעל החשבון	מספר חשבון											

\*\* חובה לצרף צילום צ"ק או אישור ניהול חשבון.

\*\* במקרה של מבוטחת מתחת לגיל 18 - פרטי חשבון בנק של ההורים בלבד.

\*\* נא להקפיד על מילוי תקין של הפרטים - ללא פרטים תקינים התשלום יבוצע באמצעות שיק.

### פרטי סוכן הביטוח

יש להקפיד ולמלא מידע זה אחרת לא נוכל לעדכן את סוכן הביטוח בחוזר אודות התביעה.

שם הסוכן	טלפון נייד	כתובת	כתובת דוא"ל

### ריכוז הוצאות בגין טיפולים - למילוי על יד המבוטח/ת:

תאריך הטיפול	סוג השירות בגינו מבוקש החזר	הוגשה בקשה להחזר מהביטוח המשלים בקופה (שב"ן)**	סכום החזר מהביטוח המשלים
		כן / לא	
		כן / לא	
		כן / לא	
		כן / לא	

\*\* שים לב במקרה של החזר מהביטוח המשלים בגין התייעצות עם רופא מומחה לא תגבה השתתפות עצמית (בכפוף לתקרה בכתב השרות).

### חתימת המבוטח:

תאריך	שם החותם*	מס' זהות								חתימה

\* המבוטח או הורה המבוטח במידה והמבוטח הינו מתחת לגיל 18.



### מסמכים נוספים

יש להקפיד ולצרף את כל המסמכים הנדרשים בעת הגשת טופס הודעה על תביעה. לא נוכל להשלים את הטיפול בתביעה ללא כל המסמכים הנדרשים.

מסמכים נדרשים	כתב השירות
<ul style="list-style-type: none"> <li>• טופס תביעה</li> <li>• קבלה מקורית</li> <li>• במידה והכשרת המטפל אינה רשומה מפורשות על החשבונית כפסיכולוג, פסיכיאטר, או עו"ס קליני, יש להביא אישור על הסמכת המטפל</li> </ul>	<p><b>כתב שירות לטיפולים פסיכולוגים</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• טופס תביעה</li> <li>• קבלה מקורית</li> <li>• מסמכים המעידים על הכשרת המטפל והתמחותו.</li> <li>• הפניית רופא – על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. על ההפניה להעיד כי קיים צורך רפואי. יש לצרף הפניה כאמור בכל שנת ביטוח מחדש</li> </ul>	<p><b>רפואה משלימה</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• טופס תביעה</li> <li>• קבלה מקורית</li> <li>• הפניית רופא - במקרים שכתב השירות דורש זאת. על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. יש לצרף הפניה כאמור בכל שנת ביטוח מחדש</li> <li>• בהגשת תביעה בגין התייעצות עם רופא נשים יש לצרף סיכום ייעוץ</li> </ul>	<p><b>כתב שירות ונספח שירות אמבולטורי</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• טופס תביעה</li> <li>• קבלה מקורית</li> <li>• מסמכים המעידים על הכשרת המטפל והתמחותו</li> <li>• הפניית רופא - במקרים שכתב השירות דורש זאת. על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. יש לצרף הפניה כאמור בכל שנת ביטוח מחדש</li> </ul>	<p><b>כתב שירות לילד</b></p>

- יש להגיש טופס תביעה נפרד לכל כתב שירות.
- יש לוודא כי תאריכי הטיפול/מציונים על גבי החשבונית/קבלה המקורית ובחתימת המטפל.
- כאשר הקבלה המוגשת הינה קבלה דיגיטלית, יש לצרף את טופס ההצהרה המצורף לטופס תביעה זה כאשר הוא חתום על ידי המבוטח.

את טופס התביעה ומסמכי המקור יש להעביר בדואר (מומלץ רשום) לכתובת הבאה:  
בי וול פתרונות לאיכות חיים בע"מ, הנחושת 4 רמת החייל, תל אביב. מיקוד 6971069

אנו ממליצים לפנות לספקים שבהסדר ולשלם את ההשתתפות העצמית הקבועה בפוליסה בלבד.  
פרטים על הספקים שבהסדר ניתן למצוא בכתובת [www.b-well.co.il](http://www.b-well.co.il)