

מבוטח/ת יקר/ה,

לשימוש פנימי - מס' תביעה

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 למפורט בדף העוקב.

פרטי המבוטח/ת

ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	כתב השרות
תאריך לידה	מס' טלפון	טלפון נייד	יישוב מגורים
רחוב	מס' בית	מס' דירה	כתובת דוא"ל

מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ מספר רישיון סוכן _____
כתובת מייל סוכן _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל
זאת להגיש ל"בי וול" ולקבל מ"בי וול" את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה
ולשמש בשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

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/ת

תאריך	שם החותם*	ת.ז.	חתימה
-------	-----------	------	-------

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

נא סמן את אופן התשלום המבוקש:

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

מספר חשבון _____ בעל החשבון _____ מספר בנק _____ מספר סניף _____

** חובה לצרף צילום שיק או אישור ניהול חשבון.

** במקרה של מבוטח מתחת לגיל 18 יש למלא את הצהרת הקטין בטופס התביעה.

** נא הקפד על מילוי תקין של הפרטים - ללא פרטים תקינים התשלום יבוצע באמצעות שיק. חתימת המבוטח _____

הצהרה לעניין קבלה דיגיטלית במקרה של הגשת קבלה דיגיטלית בלבד

אני הח"מ מאשר בזאת כי ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה, בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו (להלן: "הקבלות").
ידוע לי כי איני זכאי לקבל החזר כפול בגין ההוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני מתחייב ומצהיר בזאת כי לא הגשתי ואף לא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לקבלת תשלום ו/או החזר, מלא ו/או חלקי, בגין הקבלות, מכל גורם ו/או מקור אחר מלבד בי וול פתרונות לאיכות חיים בע"מ (להלן: "בי וול").
כן הנני מתחייב לשפות ו/או לפצות את בי וול ו/או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום ששולם על ידה בגין הקבלה, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר עם הקבלות.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח _____

הצהרה בגין תגמולי ביטוח על שם קטין במקרה של מבוטח מתחת לגיל 18

1. אנו הח"מ _____ 1. זכאים כאפוטרופוסים טבעיים עבור בננו/בתנו _____, לקבל תגמולי ביטוח בשמו.
2. בשים לב לאמור לעיל אנו מורים בזאת לחברה ו/או מי מטעמה, להעביר את תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית המשובה לפקודת _____ המשמש, כאמור, כאפוטרופוס טבעי על _____.
3. אנו מתחייבים, ביחד וכל אחד לחוד, באופן בלתי חוזר אוטונומי ובלתי מותנה, לשפות ולפצות את החברה ו/או מי מטעמה באופן מיידי עם קבלת הדרישה מהחברה לעשות כן, וזאת בגין כל דרישה ו/או תביעה שתוגש כנגד החברה ו/או מי מטעמה לתשלום סכומי כסף כלשהם, לרבות תגמולי ביטוח, הפרשי ריבית והצמדה, הוצאות משפטיות, שכר טרחת עו"ד ו/או בוררים ו/או מומחים, בקשר עם הפוליסה ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהוא וכן לשפות ולפצות את החברה בגין כל נזק ו/או הוצאה ו/או הפסד, ישיר או עקיף שיגרמו לה בקשר עם תשלום סכומי כסף על פי הפוליסה ו/או בגין ו/או עקב מחלת הקטין ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהו ו/או טוען כלשהוא לזכויות בכספים. מובהר בזאת כי ידוע לנו שההתחייבות חלה גם על כל דרישה ו/או טענה ו/או תביעה שתוגש, ככל שתוגש, ע"י הקטין בכל עילה שהיא, לרבות בכל הקשור לעצם מכתב זה ו/או תוכנו.
4. ידוע לנו כי החברה משלמת את תגמולי הביטוח על בסיס הוראותינו והתחייבויותינו כמצוין לעיל.
5. ולראיה באנו על החתום.

שם פרטי ומשפחה _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם פרטי ומשפחה _____ ת.ז. _____ חתימה _____

תאריך _____ *יש לצרף צילום תעודת זהות+ספח של שני ההורים

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"> - טופס תביעה - קבלה מקורית - כאשר הקבלה המוגשת הינה קבלה דיגיטלית, יש לצרף את טופס ההצהרה המצורף לטופס תביעה זה כאשר הוא חתום על ידי המבוטח - מסמכים המעידים על הכשרת המטפל והתמחותו - הפניית רופא - על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. על ההפניה להעיד כי קיים צורך רפואי. יש לצרף הפניה כאמור בכל שנת ביטוח מחדש - יש לוודא כי תאריכי הטיפול/ים שבוצעו בפועל מצוינים על גבי הקבלה ובחתימת המטפל 	רפואה משלימה
<ul style="list-style-type: none"> - טופס תביעה - קבלה מקורית - כאשר הקבלה המוגשת הינה קבלה דיגיטלית, יש לצרף את טופס ההצהרה המצורף לטופס תביעה זה כאשר הוא חתום על ידי המבוטח - הפניית רופא - במקרים שכתב השירות דורש זאת. על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. יש לצרף הפניה כאמור בכל שנת ביטוח מחדש - בהגשת תביעה בגין התייעצות עם רופא נשים יש לצרף סיכום ייעוץ - יש לוודא כי תאריכי הטיפול/ים שבוצעו בפועל מצוינים על גבי הקבלה ובחתימת המטפל 	כתב שירות ונספח שירות אמבולטורי
<ul style="list-style-type: none"> - טופס תביעה - קבלה מקורית - כאשר הקבלה המוגשת הינה קבלה דיגיטלית, יש לצרף את טופס ההצהרה המצורף לטופס תביעה זה כאשר הוא חתום על ידי המבוטח - מסמכים המעידים על הכשרת המטפל והתמחותו - הפניית רופא - במקרים שכתב השירות דורש זאת. על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. יש לצרף הפניה כאמור בכל שנת ביטוח מחדש - יש לוודא כי תאריכי הטיפול/ים שבוצעו בפועל מצוינים על גבי הקבלה ובחתימת המטפל 	כתב שירות לילד

* יש להגיש טופס תביעה נפרד לכל כתב שירות.

את טופס התביעה ומסמכי המקור יש להעביר בדואר (מומלץ רשום) לכתובת הבאה:
בי וול פתרונות לאיכות חיים בע"מ, בני גאון 14, בנין רקפת (B2), נתניה. ת.ד. 8649
יש להקפיד ולשלוח תוך ציון מספר תיבת הדואר

אנו ממליצים לפנות לספקים שבהסדר ולשלם את ההשתתפות העצמית הקבועה בפוליסה בלבד.
פרטים על הספקים שבהסדר ניתן למצוא בכתובת www.b-well.co.il