

טופס בלתי נפרד מטופס הגשת תביעה

טופס זה ימולא על ידי המבוטח עם הגשת התביעה

מבוטח/ת יקר/ה,

לנוחיותך, להלן דף הנחיות מפורט לשם הגשת תביעה לתשלומי ביטוח בגין פוליסת נסיעות חו"ל. מידע חו"ל נועד להדריך אותך המבוטח בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך. יחד עם טופס ההודעה על מקרה הביטוח, יש להעביר את המסמכים המקוריים כמפורט מטה לחברת הביטוח בהקדם האפשרי. על מנת להקל עלינו בטיפול בפנייתך, נבקשך להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס ההודעה.

***טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום התביעה ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.**

סוג ההודעה:

א. **פרק 1, 2 - הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לאשפוז/הוצאות רפואיות שלא במהלך אשפוז בחו"ל:**
 אישורים ופירוט סיכום רפואי/אשפוז מבית החולים/מרפאה נסיבות הפציעה, הטיפול שניתן, הוראות טיפול וכל פרט אחר (מקור)
 האם הייתה פניה למוקד השרות, אם כן פרט: _____
 במקרה של טיפולי שיניים חירום- פירוט של הרופא אודות הטיפול שניתן מגובה בצילומי רנטגן.
 מרשמים לתרופות אם ניתנו
 חשבונות וקבלות (מקור)

ב. **פרק 3 - החזר הוצאות במקרה של קיצור נסיעה:**
 אישור רפואי המעיד על הצורך בקיצור הנסיעה.
 מסמכים רפואיים בגין מחלה/תאונה שארעה בחו"ל.
 האם הייתה פניה למוקד השרות: אם כן פרט: _____
 סיכומי מחלה של בן משפחה שבגין אשפוזו חזרו לארץ/במקרה חו"ח פטירה יש לצרף תעודת פטירה.
 כרטיסי טיסה עדכניים בצרוף מכתב מסוכן הנסיעות המפרט עלויות הטיול ופרוט החזר מחברת הנסיעות.
 צילום דרכון עם הפרטים האישיים לרבות חותמות יציאה וכניסה לישראל.

ג. **פרק 4 - החזר בגין הפסד פיקדון כתוצאה מביטול נסיעה לפני תחילתה:**
 מסמכים רפואיים אודות אשפוז של "בן משפחה קרוב" (בארץ) שבגיניו בוטלה הנסיעה.
 במקרה של פטירה יש לצרף תעודת פטירה.
 אישור רפואי בדבר ריתוק למיטה במועד הנסיעה.

ד. **פרק 5 - הוצאות מיוחדות**
 אישור רפואי בדבר הצורך במלווה (בכפוף לאישור מוקד השרות עם קרות האירוע)
 האם הייתה פניה למוקד השרות: אם כן פרט: _____
 קבלות מקוריות עבור כל הוצאה אשר תוגש לשם קבלת החזר מחברת הביטוח.

תביעה שתוכר ותאושר, יישלח בדואר רשום שיק בניכוי השתתפות עצמית לכתובת: _____
 האם הייתה פניה למוקד השרות במהלך תקופת הביטוח: _____

ויתור על סודיות רפואית

הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי, כאפוסטרופוס/ית טבעית/ שלהם, על הסודיות הרפואית ומיפה את כוחה של איילון חברה לביטוח בע"מ. (להלן "איילון") לקבל בשמי או בשם ילדי, מידע רפואי מכל רופא ומכל מוסד רפואי אחר, בנושאים הקשורים למצב בריאות/נו בעבר, בהווה ובעתיד. לצורך בירור זכויות וחובות המוקנות לאיילון ע"פ הפוליסה, הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא יהיה לי כל טענות בקשר למסירת המידע בנושאים אלו. ידוע לי כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן, הן תנאי לחבות המבטח והן ניתנות גם בשם ילדי כאפוסטרופוס הטבעי שלהם.

מס' פוליסה

1. פרטים אישיים

שים לב: תביעה שתוגש ללא צירוף כל המסמכים הדרושים וללא הפרטים המלאים – תטופל רק לאחר השלמת הפרטים החסרים.

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		ת.ז. כולל ספרת ביקורת)	
רחוב		מס'		עיר		מיקוד	
טלפון בית		טלפון נייד		מס' פקס			
שם קופת החולים		שם הסניף		כתובת הסניף			
שם משרד הנסיעות		שם הסוכן באמצעותו בוצע הביטוח					

2. פרטי המקרה והתביעה

מקום המקרה (ארץ/מדינה) _____ תאריך התאונה או המחלה _____

תאור האירוע

3. פירוט הוצאות

תאריך	סכום	פירוט התשלום

סכום התביעה _____ סוג המטבע _____ מדינה _____

הצהרה: הנני מצהיר בזאת כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ואמיתיים. _____ X
חתימת התובע/ת

בשל כיסוי ביטוחי שנעשה ע"י בתי האשראי באמצעות כרטיסי אשראי (ביטוח חיים) על המבוטח להצהיר על קיום ביטוח נוסף וזאת בהתאם לחוק חוזה הביטוח, סעיף 59 א'. במידה והינך מחזיק כרטיס אשראי, נא חתום על ההצהרה ללא מילוי פרטי הכרטיס.

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מצהיר בזה כי ברשותי כרטיס/י אשראי בינלאומי כפי שמפורט להלך:

סוג _____ מספר _____ בתוקף עד _____

סוג _____ מספר _____ בתוקף עד _____

יש / אין בכוונתי לתבוע מבטח נוסף פרט לחברה המבטחת בפוליסה זו.

תאריך _____ חתימת התובע/ת X _____