

## הודעה על תביעה

### 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 החוזר 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	ישוב מגורים
רחוב	מס' בית	מס' דירה	כתובת דוא"ל

### 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 להעביר מכתב חתום ע"י שני ההורים שבו יצויין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום ת.ז של המוטבים.  
\*\* נא הקפד 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/ת

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

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

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>- מסמכים המעידים על הכשרת והסמכת המטפל</li> </ul>	כתב שירות לטיפולים פסיכולוגיים
<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>	רפואה משלימה
<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>	כתב שירות ונספח שירות אמבולטורי
<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>	כתב שירות לילד

\* יש להגיש טופס תביעה נפרד לכל כתב שירות.

\* יש לוודא כי תאריכי הטיפול/ים מצוינים 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, 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](http://www.b-well.co.il)**