

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 (לא חשבונית)**
 ✓ **בנוסף, יש להקפיד ולצרף את כל המסמכים הנדרשים בהתאם לנדרש בדף העוקב**

פרטי המבוטח/ת:

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

פרטי חשבון בנק לשם העברת התשלום:

במקרה של מבוטח מתחת לגיל 18 – פרטי חשבון בנק של ההורים בלבד

מספר חשבון	שם בעל החשבון	ת.ז בעל החשבון	מספר	מספר סניף
------------	---------------	----------------	------	-----------

אני מאשר, מצהיר ומתחייב כדלקמן:
 - הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
 - אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ואו משותף לי ולבן/בת זוגי.
 - ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
 - אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
 - ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.
לתשומת ליבך,
****במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים** - חתימת המבוטח:**

_____ חתימת המבוטח:

***נא הקפידו על מילוי תקין של הפרטים – ללא פרטים תקינים העברת הכספים תתעכב.**

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	נא לפרט את סוג השירות שבגיניו מבוקש החזר

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"> ○ טופס תביעה ○ קבלה ○ מסמכים המעידים על הכשרת המטפל והתמחותו. ○ הפניית רופא – על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. יש לצרף מכתב מרופא המעיד על צורך רפואי. יש לצרף מכתב כאמור בכל שנת ביטוח מחדש. 	רפואה משלימה
<ul style="list-style-type: none"> ○ טופס תביעה ○ קבלה ○ הפניית רופא - במקרים שכתב השירות דורש זאת. על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל בהגשת תביעה בגין התייעצות עם רופא נשים יש לצרף סיכום מחלה המעיד על כך שהפניה אינה עקב בעיית שגרה. 	כתב שירות ונספח שירות אמבולטורי
<ul style="list-style-type: none"> ○ טופס תביעה ○ קבלה מקורית ○ מסמכים המעידים על הכשרת המטפל והתמחותו. ○ הפניית רופא - במקרים שכתב השירות דורש זאת. על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל 	כתב שירות לילד

- ✓ יש להגיש טופס תביעה נפרד לכל כתב שירות
- ✓ יש לוודא כי תאריכי הטיפול/מצינים על גבי החשבונית/קבלה המקורית ובחתימת המטפל

את טופס התביעה ומסמכי המקור יש להעביר בדואר (מומלץ רשום) לכתובת הבאה:
טרגט קר , הבושם 3 , קריית מנרב , אשדוד.

אנו ממליצים לפנות לספקים שבהסדר ולשלם את ההשתתפות העצמית הקבועה בפוליסה בלבד.

פרטים על הספקים שבהסדר ניתן למצוא בכתובת www.targetcare.co.il

- לתשומת ליבך, עדכונים בנוגע לסטטוס הטיפול בתביעה יישלח לכתובת הדוא"ל שלך. ככל שהנך מעוניין לקבל את העדכונים באמצעות הדואר – אנא צור קשר עם החברה באמצעות טלפון שמספרו: 072-2756606.