



- רגיש (לאחר מילוי פרטים) -

מבוטח יקר,

נא הקף בעיגול באיזה אמצעי דיוור הנך מבקש להתנהל מולנו:

דואר ישראל/ דואר אלקטרוני (נא לרשום בכתב ברור כתובת פעילה)

בהעדר סימון מסמכי התביעה ישלחו בדואר ישראל

טופס תביעה עבור הוצאות רפואיות בחו"ל

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מס' פוליסה
_____	_____	_____	_____
תאריך יציאה	תאריך חזרה	תאריך אירוע	<u>P/C/S</u> סוג ביטוח
_____	_____	_____	_____

תאור ונסיבות המקרה

סוכום	תשלום לרופא (ללא אישפוז) סוג מטבע	סיבת ההוצאה ומהות הטיפול
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

סה"כ בסיכום לסעיף זה

סוכום	סוג התרופה	מקום קניה	סיבת ההוצאה	סוג מטבע	תרופות לפי מרשם רופא
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

סה"כ בסיכום לסעיף זה

הוצאות בעת אשפוז

סכום	סוג מטבע	מקום האשפוז	סיבת האשפוז (מהות הטיפול)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

סה"כ בסיכום לסעיף זה

סה"כ התביעה

קיומו של ביטוח נסיעות נוסף

האם רכשת / הפעלת ביטוח נסיעות לחו"ל נוסף על הביטוח בשירביט? כן / לא

במידה והתשובה דלעיל היתה חיובית, נא פרט:

שם חברת הביטוח _____ מספר הפוליסה _____

משך התקופה _____.

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי הוצאות אלה שולמו על ידי בפועל לבתי חולים/או רופאים ו/או בתי מרקחת, כל זאת לפי הוראות רופא. הוצאות אלה אינן קשורות לכל מחלה או מום מהם סבלתי בעבר טרם צאתי לחול.

_____ כתובת _____ טל' _____ וזאת חתימתי

יש לצרף לטופס הנ"ל:

פוליסה + קבלות/חשבוניות מקוריות + אבחנה רפואית, דו"ח שחרור ע"י חדר מיון DISCHARGE
. ADMITANCE REPORT, SUMERY

ולשלוח בדואר לרחוב: יד חרוצים 18 אזור התעשייה פולג, ת.ד. 6137, מיקוד 42161 לידי מחלקת תביעות.

תאריך

אישור הרופא לתשלום מקרה זה (לשימוש המשרד בלבד)

האם היתה פניה לחברת IMA : כן לא

מסמכים מצרופים להוכחה (סמן V): אישור בית-חולים + דיאגנוזה דו"ח אשפוז, דו"ח חדר מיון.

אישור רופא + דיאגנוזה קבלות טופס הצהרה על כרטיס אשראי בינלאומי

שם הרופא: _____ חתימה: _____

מבלי להודות בכיסוי הביטוחי ו/או בחבות החברה ו/או בשיעור הנזק, מצורף לנוחותך טופס בקשה להעברה בנקאית, אותו הנך מתבקש למלא ולצרף לטופס התביעה, בצירוף העתק המחאה ו/או אישור בנק בדבר פרטי החשבון.

בקשה להעברה בנקאית

- אני הח"מ, מבקש בזאת משירביט חברה לביטוח בע"מ לשלם לי את הסכומים, אשר לטענתי מגיעים לי בגין אירוע מיום _____ תביעה מס' _____ באמצעות העברה בנקאית אל חשבון הבנק שלי שפרטיו להלן:

שם בעל החשבון:									
מספר ת.ז.					ס.ב.				
שם הסניף:					שם הבנק:				
מספר חשבון									
מס' בנק					מס' סניף				

ידוע לי שאין בבקשתי זו משום התחייבות של שירביט חברה לביטוח בע"מ להכיר בחבות ו/או בגובה הפיצוי.

שם _____ חתימת התובע _____ תאריך _____

• הודעת תשלום מפורטת תישלח לכתובת הדוא"ל המצוינת מעלה או לכתובת דואר

הבאה: _____

יש לשלוח טופס זה לת.ד. 6137 נתניה, מיקוד 42161, או לאחד ממספרי הפקס הבאים:
 076-8622240 (רכב מקיף וצד ג') 076-8843335 (דירות ועסקים)
 076-8843336 (נסיעות חו"ל ביטוח בריאות) 076-8622354 (ביטוח חובה)

יש לצרף צילום המחאה של בעל החשבון או אישור מהבנק על פרטי החשבון אליו מבקשים להפקיד את התשלום