

- 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	רגיל / מורחב רפואי סוג ביטוח

תיאור ונסיבות המקרה

תשלום לרופא (ללא אשפוז)

סכום	סוג מטבע	סיבת ההוצאה ומהות הטיפול

סה"כ בסיכום לסעיף זה

תרופות לפי מרשם רופא

סוג התרופה	מקום קניה	סיבת ההוצאה	סוג מטבע	סכום

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

יש לשלוח בפקס, דואר ישראל בהתאם לפרטים מטה או לדוא"ל travel@shirbit.co.il.

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 לטענתני מגיעים לי בגין אירוע מיום _____ תביעה מס' _____ באמצעות העברה בנקאית אל חשבון הבנק שלי שפרטיו להלן:

										שם בעל החשבון:									
מספר ת.ז.					ס.ב.					כתובת דוא"ל למשלוח הודעת זיכוי:									
שם הסניף:					שם הבנק:					מספר חשבון									
					מס' סניף					מס' בנק									

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 לדוא"ל travel@shirbit.co.il
 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