

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 מקורית (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	מקום עבודה	מס' טלפון	לישיוש פנימי - מספר תביעה
רחוב	מס' בית	מס' דירה	כתובת דוא"ל

פרטי חשבון בנק לשם הפקדת התשלום:

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

מספר חשבון	בעל החשבון	שם בנק	מספר סניף
------------	------------	--------	-----------

**** חובה לצרף צילום צ'יק או אישור ניהול חשבון**

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.

כתב השירות	מסמכים נדרשים
כתב שירות לטיפול פסיכולוגי	<ul style="list-style-type: none"> טופס תביעה קבלה מקורית במידה והכשרת המטפל אינה רשומה מפורשות על החשבונית כפסיכולוג, פסיכיאטר, או עו"ס קליני, יש להביא אישור על הסמכת המטפל
רפואה משלימה	<ul style="list-style-type: none"> טופס תביעה קבלה מקורית 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.
כתב שירות ונספח שירות אמבולטורי	<ul style="list-style-type: none"> טופס תביעה קבלה מקורית 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 לילד	<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

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

את טופס התביעה ומסמכי המקור יש להעביר בדואר (מומלץ רשום) לכתובת הבאה:

בי וול פתרונות לאיכות חיים בע"מ, הנחושת 4 רמת החייל, תל אביב. מיקוד 6971069

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

פרטים על הספקים שבהסדר ניתן למצוא בכתובת www.b-well.co.il