



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 החזר יש לצרף קבלה לא חשבונית
✓ בנוסף, יש להקפיד ולצרף את כל המסמכים הנדרשים בהתאם לנדרש בדף העוקב

פרטי המבוטח/ת:

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

פרטי חשבון בנק לשם העברת התשלום:

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

מספר סניף	מספר בנק	בעל החשבון					מספר חשבון				

**** חובה לצרף צילום צ'יק או אישור ניהול חשבון**
****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 שבגיננו 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 מסמכי התביעה ניתן להגיש לכתובת מיל : srika@targetcare.co.il

או בדואר לכתובת : הבושם 3 , קריית מנרב , אשדוד. לכבוד טרגט קאר.

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

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