

**מבוטח/ת יקר/ה,**

לשימוש פנימי - מס' תביעה

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 למפורט בדף העוקב.

**פרטי המבוטח/ת**

ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	כתב השרות
תאריך לידה	מס' טלפון	טלפון נייד	יישוב מגורים
רחוב	מס' בית	מס' דירה	כתובת דוא"ל

**מינוי הסוכן**

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' \_\_\_\_\_ מספר רישיון סוכן \_\_\_\_\_  
כתובת מייל סוכן \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל  
זאת להגיש ל"בי וול" ולקבל מ"בי וול" את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה  
ולשמש בשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

**ריכוז הוצאות בגין טיפולים - למילוי על יד המבוטח/ת**

תאריך הטיפול	סוג השירות בגינו מבוקש החזר	הוגשה בקשה להחזר מהביטוח המשלים בקופה (שב"ן) <sup>1</sup>	סכום החזר מהביטוח המשלים <sup>2</sup>
		כן / לא	
		כן / לא	
		כן / לא	
		כן / לא	

1. שים לב במקרה של החזר מהביטוח המשלים בגין התייעצות עם רופא מומחה לא תגבה השתתפות עצמית (בכפוף לתקרה בכתב השרות).
2. יש לצרף אסמכתא להחזר.

**חתימת המבוטח/ת**

תאריך	שם החותם*	ת.ז.	חתימה
-------	-----------	------	-------

\* המבוטח או הורה המבוטח במידה והמבוטח הינו מתחת לגיל 18.

**נא סמן את אופן התשלום המבוקש:**

\_\_\_ תשלום בשיק - נא וודא שהכתובת המופיעה למעלה תקינה ומלאה.  
\_\_\_ העברה בנקאית - בהתאם לפרטים הבאים\*\*:

מספר חשבון \_\_\_\_\_ בעל החשבון \_\_\_\_\_ מספר בנק \_\_\_\_\_ מספר סניף \_\_\_\_\_

\*\* חובה לצרף צילום שיק או אישור ניהול חשבון.

\*\* במקרה של מבוטח מתחת לגיל 18 יש למלא את הצהרת הקטין בטופס התביעה.

\*\* נא הקפד על מילוי תקין של הפרטים - ללא פרטים תקינים התשלום יבוצע באמצעות שיק. חתימת המבוטח

**הצהרה לעניין קבלה**

אני הח"מ מאשר בזאת כי ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה, בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו (להלן: "הקבלות"). ידוע לי כי איני זכאי לקבל החזר כפול בגין ההוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני מתחייב ומצהיר בזאת כי לא הגשתי ואף לא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לקבלת תשלום ו/או החזר, מלא ו/או חלקי, בגין הקבלות, מכל גורם ו/או מקור אחר מלבד בי וול פתרונות לאיכות חיים בע"מ (להלן: "בי וול"). כן הנני מתחייב לשפות ו/או לפצות את בי וול ו/או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום ששולם על ידה בגין הקבלה, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר עם הקבלות.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

**הצהרה בגין תגמולי ביטוח על שם קטין במקרה של מבוטח מתחת לגיל 18**

1. אנו הח"מ \_\_\_\_\_ 1. זכאים כאפוטרופוסים טבעיים עבור בננו/בתנו \_\_\_\_\_, לקבל תגמולי ביטוח בשמו.
2. בשים לב לאמור לעיל אנו מורים בזאת לחברה ו/או מי מטעמה, להעביר את תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית המשובה לפקודת \_\_\_\_\_ המשמש, כאמור, כאפוטרופוס טבעי על \_\_\_\_\_.
3. אנו מתחייבים, ביחד וכל אחד לחוד, באופן בלתי חוזר אוטונומי ובלתי מותנה, לשפות ולפצות את החברה ו/או מי מטעמה באופן מיידי עם קבלת הדרישה מהחברה לעשות כן, וזאת בגין כל דרישה ו/או תביעה שתוגש כנגד החברה ו/או מי מטעמה לתשלום סכומי כסף כלשהם, לרבות תגמולי ביטוח, הפרשי ריבית והצמדה, הוצאות משפטיות, שכר טרחת עו"ד ו/או בוררים ו/או מומחים, בקשר עם הפוליסה ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהוא וכן לשפות ולפצות את החברה בגין כל נזק ו/או הוצאה ו/או הפסד, ישיר או עקיף שיגרמו לה בקשר עם תשלום סכומי כסף על פי הפוליסה ו/או בגין ו/או עקב מחלת הקטין ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהוא ו/או טוען כלשהוא לזכויות בכספים. מובהר בזאת כי ידוע לנו שההתחייבות חלה גם על כל דרישה ו/או טענה ו/או תביעה שתוגש, ככל שתוגש, ע"י הקטין בכל עילה שהיא, לרבות בכל הקשור לעצם מכתב זה ו/או תוכנו.
4. ידוע לנו כי החברה משלמת את תגמולי הביטוח על בסיס הוראותינו והתחייבויותינו כמצוין לעיל.
5. ולראיה באנו על החתום.

שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ \*יש לצרף צילום תעודת זהות+ספח של שני ההורים

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"> <li>- טופס תביעה</li> <li>- קבלה</li> <li>- הצהרה בגין קבלה/ אסמכתא להחזר מגורם אחר</li> <li>- מסמכים המעידים על הכשרת המטפל והתמחותו</li> <li>- הפניית רופא – על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. על ההפניה להעיד כי קיים צורך רפואי. יש לצרף הפניה כאמור בכל שנת ביטוח מחדש</li> <li>- יש לוודא כי תאריכי הטיפול/ים שבוצעו בפועל מצוינים על גבי הקבלה ובחתימת המטפל</li> </ul>	<p>רפואה משלימה</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- טופס תביעה</li> <li>- קבלה</li> <li>- הצהרה בגין קבלה/ אסמכתא להחזר מגורם אחר</li> <li>- הפניית רופא – במקרים שכתב השירות דורש זאת. על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. יש לצרף הפניה כאמור בכל שנת ביטוח מחדש</li> <li>- בהגשת תביעה בגין התייעצות עם רופא נשים/רופא עור ומין יש לצרף סיכום התייעצות</li> <li>- יש לוודא כי תאריכי הטיפול/ים שבוצעו בפועל מצוינים על גבי הקבלה ובחתימת המטפל</li> </ul>	<p>כתב שירות ונספח שירות אמבולטורי</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- טופס תביעה</li> <li>- קבלה</li> <li>- הצהרה בגין קבלה/ אסמכתא להחזר מגורם אחר</li> <li>- הפניית רופא – במקרים שכתב השירות דורש זאת. על ההפניה להינתן טרם ביצוע הטיפולים בפועל. יש לצרף הפניה כאמור בכל שנת ביטוח מחדש</li> <li>- יש לוודא כי תאריכי הטיפול/ים שבוצעו בפועל מצוינים על גבי הקבלה ובחתימת המטפל</li> </ul>	<p>כתב שירות לילד</p>

**את טופס התביעה והמסמכים הנלווים ניתן להגיש באחת מהאפשרויות הבאות:**

- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה, חשוב לציין את מספר ת.ד.
- לתיבת דואר אלקטרוני: [bwell@b-well.co.il](mailto:bwell@b-well.co.il)

אנו ממליצים לפנות לספקים שבהסדר ולשלם את ההשתתפות העצמית הקבועה בפוליסה בלבד.  
**פרטים על הספקים שבהסדר ניתן למצוא בכתובת [www.b-well.co.il](http://www.b-well.co.il)**

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה  
בברכת בריאות איתנה,  
חברת Bwell