

[www.targetcare.co.il](http://www.targetcare.co.il)

אשדוד רחוב הבושם 3

משרד : 072-2756606

מייל : mokedt@targetcare.co.il

**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.

**יש להקפיד ולצרף את כל המסמכים הנדרשים בהתאם לנדרש, לא נוכל להשלים את הטיפול בתביעה ללא כל המסמכים הנדרשים.**

**מסמכים שיש לצרף בעת הגשת תביעה:**

* טופס תביעה מלא
* קבלה או חשבונית מס / קבלה (חשבונית מס בלבד לא מספיקה)
* תעודת הסמכה של המטפל התואמת את סוג הטיפול שבוצע .
* הפניית רופא המפנה לטיפולי רפואה משלימה - **תקפה לשנת ביטוח הנוכחית וקודמת לתאריכי הטיפולים שבוצעו בקבלה.**
* **תאריכי הטיפולים שבוצעו בחתימת המטפל:**

**\*\*\*\* החזר יינתן בגין טיפולים שבוצעו בפועל בלבד ולא כנגד טיפולים עתידיים ששולמו**

**פרטי המבוטח/ת:**

שם פרטי: שם משפחה: ת.ז:

תאריך לידה: עיר מגורים:

רחוב ומספר בית: דואר אלקטרוני:

טלפון נייד: טלפון נוסף (במידה ויש):

**פרטי הסוכן (יש למלא במידה והתביעה הוגשה על ידי הסוכן):**

שם סוכן (פרטי ומשפחה):

כתובת דואר אלקטרוני: מספר סוכן:

**הצהרות המבוטח – אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי:**

1. אדווח ל TARGETCARE על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין תביעה זו .
2. והריני מאשר לחברה לערוך כל בדיקה באשר לזכאותי לקבלת תגמולי ביטוח בגין תביעה זו .
3. ידוע לי כי הפוליסה בגינה הורגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא /חלקי בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו.
4. ידוע לי כי לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים)

 וקבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין והפוליסה.

1. הנני מתחייב לשפות או לפצות את TARGETCARE או מי מטעמה מיד עם דרישתה ולהחזיר כל סכום ששולם על ידה בדין הקבלות אם אקבל תשלום מגורם/מקור שונה בגין קבלות אלו .
2. כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר בקשר עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי הוראת החוק מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה /שלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה .

**במקרה של קטין יציינו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס יש לצרפו לתביעה.**

תאריך : שם חותם:

 ת.ז: חתימה:

יחס קירבה של החתום למבוטח במידה והחתום איננו המבוטח:

חתימת ההורה:

**פרטי חשבון בנק לשם העברת התשלום:**

שם בעל חשבון : מספר בנק:

 סניף: מספר חשבון:

**במידה והמבוטח מתחת לגיל 18, יש לציין את פרטי הבנק של ההורים**.

**\*\*חובה לצרף צילום המחאה /אישור ניהול חשבון**

**אנו ממליצים לפנות לספקים שבהסדר ולשלם את ההשתתפות העצמית הקבועה בפוליסה בלבד – מהיר יותר, נח יותר ובעלות נמוכה**

פרטים על הספקים שלנו, תוכלו למצוא בקישור <https://www.targetcare.co.il/service-providers>