

### מבוטח/ת יקר/ה,

צר לנו על הנזק שארע במהלך הנסיעה. אנו מבקשים לכוון אותך כיצד להגיש תביעה בצורה מלאה. אנא קרא/י את ההנחיות הבאות בעיון.

**בכל מקרה של הגשת תביעה להחזר הוצאות רפואיות / ביטול נסיעה / קיצור נסיעה** עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אלינו טופס תביעה להחזר הוצאות רפואיות / ביטול נסיעה / קיצור נסיעה (מצ"ב).

### במקרה של תביעה בגין הוצאות רפואיות:

1. תצלום כרטיס טיסה / או אישור מעבר גבולות / או אישור מאתר משרד הפנים על שהיה בחו"ל.
2. חשבון מפורט והעתקי קבלות על התשלום, התייחסותך בסעיף ד'.
3. העתק דו"ח אשפוז / דו"ח רפואי מהרופא המטפל בחו"ל, הכולל דיאגנוזה.
4. "טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית וכללית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג/ מורשה חתימה בבנק/ סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח).

### במקרה של תביעה בגין ביטול / קיצור נסיעה:

1. מסמכים רפואיים הכוללים דו"ח רפואי ובו אישור רופא מטפל הכולל דיאגנוזה. על הדו"ח לכלול את אישור הרופא על הצורך בביטול/ קיצור הנסיעה בעקבות מחלה / תאונה / מגיפה.
2. צילום צו 8 (ככל שרלבנטי)
3. העתק תוכנית הנסיעה המקורית.
4. העתק כרטיסי טיסה.
5. העתקי קבלות בגין התשלום עבור הנסיעה (מלון, טיסה, רכב שכור, הופעות וכו').
6. מסמך דמי ביטול מהגורם הרלוונטי (סוכנות הנסיעות, חברת התעופה, מלונות וכו')
7. העתק קבלה בגין עלות כרטיס הטיסה החדש או בגין עלות שינוי מועד הטיסה המקורי
8. במידה ומדובר בביטול נסיעה עקב אירוע רפואי של בן משפחה קרוב, נא להמציא דו"ח אשפוז/ הודעת פטירה הכולל את סיבת הפטירה ומסמך המעיד על קרבה משפחתית.

### אופן הגשת התביעה:

באפשרותך להגיש את תביעתך באמצעות **האזור האישי** באתר החברה בכתובת: [www.bth.co.il](http://www.bth.co.il). שירות זה מאפשר לך לערוך טופס תביעה באופן דיגיטלי, להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסטטוס הטיפול בתביעה, בכל זמן ובכל מקום, גם מהטלפון הנייד.

דרכים נוספות להגשת התביעה והמסמכים:

1. באמצעות סוכן הביטוח שלך.
2. באמצעות דואר ישראל לכתובת: מיטב 11, תל אביב 6789812, עבור: תביעות נסיעות לחו"ל.
3. **בפקס:** 073-7151318

4. לתיבת דואר אלקטרוני: [travelClaims@bth.co.il](mailto:travelClaims@bth.co.il)

בכל עת ניתן ליצור קשר עם מחלקת תביעות חו"ל פלוס במייל: [travelClaims@bth.co.il](mailto:travelClaims@bth.co.il)



שלחת את המסמכים, עכשיו מה התהליך?

לאחר שנקבל את הטופס והמסמכים שציינו מעלה, תיבחן על ידנו זכאותך לכיסוי ביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה. **אם הכול ברור ותקין** - נבחן זכאותך לכיסוי ולשיפוי בגין התביעה בכפוף לתנאי הפוליסה. **השלמת מסמכים והבהרות** - לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, אנו עשויים לדרוש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים, לפי הצורך.

**במקרה של אי זכאות לתשלום** תגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה, תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי/ת לתגמולי ביטוח, וזאת לאחר שהיו בידינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,

מחלקת תביעות חו"ל פלוס

**טופס הגשת תביעה בגין הוצאות רפואיות / ביטול נסיעה / קיצור נסיעה**

**א. פרטי המבוטח:**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	EMAIL	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
אני מבקש/ת לעדכן כתובת דואר אלקטרוני להתקשרות עימי לצרכי תביעה זו :					
כתובת:					
עיר	רחוב	בית/דירה	מיקוד		
האם הינך אזרח ותיק (מעל גיל 67) ?					
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן    במידה וצוין כן, אנא ציין תאריך לידה מלא : _____					

**ב. פרטי הפוליסה:**

מספר פוליסה	סה"כ ימים
תאריך יציאה מהארץ	תאריך חזרה לארץ
יעד	מדינה

**ג. פרטי התביעה:** סמנ/י בעיגול מהי התביעה הרלוונטית ומלא/י את הפרטים

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>ביטול נסיעה</b>    תאריך ביטול הנסיעה: _____</li> <li>▪ <b>קיצור נסיעה</b>    תאריך חזרה מקורי של הנסיעה: _____</li> <li>▪ <b>הוצאות רפואיות בחול"ל</b>    תאריך יציאה מקורי: _____</li> <li>▪ <b>אחר</b>    תאריך חזרה בפועל: _____</li> </ul>	<p>האם היית בטיפול רפואי בששת החודשים שקדמו לנסיעה?</p> <p><input type="checkbox"/> כן    <input type="checkbox"/> לא</p>
<p>מתי החלה הבעיה?</p> <p><input type="checkbox"/> לפני היציאה מישראל</p> <p><input type="checkbox"/> לאחר היציאה מישראל</p>	<p>האם חלית במגיפה לפני הנסיעה או במהלכה?</p> <p><input type="checkbox"/> כן - לפני הנסיעה    <input type="checkbox"/> כן - במהלך הנסיעה    <input type="checkbox"/> לא</p>

מקום האירוע _____	תאריך מקרה האירוע הרפואי _____
תיאור המקרה (נשמח לקבלת פרטים על האירוע ככל שניתן) _____	
_____	
_____	

**ד. פירוט מרכיבי התביעה:**

סוג ההוצאה	סכום הקבלה	סוג המטבע	האם צורפה קבלה?

**ה. אופן קבלת הודעות ומסמכים:**

באיזה אופן תעדיף/י לקבל הודעות ומסמכים מאיתנו? (סמן/י בעיגול את בחירתך)

- דואר אלקטרוני (במייל)
- דואר ישראל

בהעדר תשובה, הודעות ביטוח חקלאי ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.

**1. אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו.**

שם הסוכן \_\_\_\_\_ מס סוכן \_\_\_\_\_

הריני מאשר בזאת לביטוח - חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן: "ביטוח חקלאי") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח, ששמו רשום מעלה, את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "ביטוח חקלאי" בכל הנוגע להעברת המיידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו. ידוע לי, כי ככל שלא מיניתי את סוכן הביטוח שלי לטפל בשמי בתביעה, לפי סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.

**2. אופן תשלום התביעה:**

לידיעתך, במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית או באמצעות אמצעי דיגיטלי (BIT) לבחירתך.

**במידה והתשלום יבוצע בהעברה בנקאית, יש לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.**

**לתשומת ליבך,** במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש בצירוף תצלום תעודת זהות.

**לצורך בחירת אמצעי תשלום, נא להקיף בעיגול את בחירתך:**

- BIT
- העברה בנקאית

**פרטי בעל החשבון:** מספר נייד \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

במידה והתשלום באמצעי דיגיטלי (BIT) לא יעבור מכל סיבה שהיא, הסכום יופקד לחשבון בנק על שמך. אנא מלא/י את פרטי חשבונך מטה.

**תשלום לחשבון הבנק:**

שם בעל החשבון	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

**יש לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.**

אני מאשר/ת מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:

1. כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
2. אני מצהיר/ה בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן/בת זוגי.
3. ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
4. אני מוותר/ת על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
5. ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של ביטוח חקלאי להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.
6. אני מאשר/ת העברת פרטים אלו וגובה תגמולי הביטוח לבנק המפעיל את האפליקציה לצורך התשלום.
7. משלוח הודעה מטעם הבנק בדבר התשלום.
8. העברת הכספים באופן דיגיטלי מחייבת התקנת האמצעי הדיגיטלי הנבחר (BIT) בנייד שברשותי, ורישום לשירות.

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

**ח. הצהרה לעניין קבלה/ות:**

אני הח"מ מאשר/ת בזאת, כי ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי/ת 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/ת לקבל החזר כפול בגין ההוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני מתחייב/ת ומצהיר/ה 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 ביטוח חקלאי – אגודה שיתופית מרכזית בע"מ ("ביטוח חקלאי").

כן הנני מתחייב/ת לשפות ו/או לפצות את ביטוח חקלאי ו/או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום ששולם על ידה בגין הקבלות, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר עם הקבלות.

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**ט. הצהרת מבוטח**

אני החתום/ה מטה, מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים מלאים ומדויקים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**לכבוד :** ביטוח חקלאי – אגודה שיתופית מרכזית בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשים")

**טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית וכללית**

אני החתום/ה מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם האב
רחוב	מס בית ודירה	עיר	מיקוד

נותן/ת בזה רשות לכל מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לקצין התגמולים ו/או למשרד התחבורה ו/או למכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או למשרד החינוך ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או לשרות בתי הסוהר ו/או מוסד שיקומי ו/או מוסד פסיכיאטרי ו/או מוסד סיעודי ו/או קרן פועלי בנין ו/או מבטחים ו/או קרן גמלאות או פנסיה כלשהי ו/או לביה"ד הרבני ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לקרנתי ו/או \_\_\_\_\_ ו/או לכל עובד של ו/או מטעמם של המוסדות הנזכרים לעיל, למסור למבקשים את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשים הנ"ל, על מצב בריאותי ו/או מחלות שחליתי בהן בעבר ו/או חולה בהן כעת לרבות מחלת האיידס (כשל חיסוני נרכש).

אני משחרר/ת בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר/ה לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ו/או מאגר מידע ו/או חלק ממנו שנפתח על שמי אצלכם ו/או אצל נותני השירותים שיפורטו להלן ו/או נותני השירותים כפי שהם מופיעים במאגר הנתונים של הקופה, ו/או מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי ו/או באגף השיקום ו/או בצה"ל. ו/או במשהב"ט ו/או בכל אחד מהגופים הנזכרים לעיל, לרבות מידע על התשלומים ששולמו ו/או משולמים ו/או ישולמו לי ע"י הגופים ו/או המוסדות הנזכרים לעיל.

וויתור זה הינו בלתי חוזר.

הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם ו/או למי מהמוסדות ו/או הגופים המפורטים בויתור זה ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים לגופים ו/או למוסדות הנ"ל כל טענה ו/או תביעה כל שהיא בקשר למסירת המידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי ו/או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות ו/או הגופים המפורטים בויתור זה ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים לגופים ו/או למוסדות הנ"ל לרבות המפורטים להלן:

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס. חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

שמות נותני השירותים: כפי שהם מופיעים במאגר הנתונים של הקופה וכן אצל:

רופאים: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מכונים ומעבדות: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מספר אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_

קופת חולים קודמת: \_\_\_\_\_



**\*\*במקרה של קטין:**

שם האב \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
שם האב \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

עד לחתימה

חתימה

תאריך

\*\* (במקרה של קטין – נדרשת חתימת שני ההורים)

**ייפוי כוח**

הריני מייפה את כוחו של \_\_\_\_\_ לקבל המידע הרפואי המפורט לעיל.

חתימה

שם פרטי ושם משפחה

תאריך