



מבוטח/ת יקר/ה,

צר לנו על הנזק שנגרם במהלך נסיעתך. נשמח לעזור בכל מה שניתן ולכוון אותך להגשת תביעה בצורה מלאה. אנא קרא/י את ההנחיות הבאות בעיון.

במקרה של הגשת תביעה בגין כבודה, עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אלינו טופס תביעה לכבודה (מצ"ב). בנוסף אנא צרף את המסמכים הבאים:

1. תצלום כרטיס טיסה ו/או אישור מעבר גבולות ו/או אישור מאתר משרד הפנים על שהיה בחו"ל באזור האישי
2. דו"ח משטרה ממקום ומזמן האירוע.
3. במקרה של איחור בהגעת כבודה, אישור חברת התעופה בדבר האיחור, ובמידה ונרכשו פריטים חיוניים נא לצרף קבלות רכישה.
4. חשבון מפורט והעתקי קבלות על התשלום **אנא התייחסותך בסעיף ד'**
5. במקרה של אובדן כבודה / נזק לכבודה יש לצרף אישור של המוביל האווירי או הימי. יש להגיש למוביל תביעה ובהתקבל תגובתו – יש להעבירה לביטוח חקלאי.

במקרה של תביעה בגין החזר השתתפות עצמית לרכב שכור:

1. תצלום כרטיס טיסה ו/או אישור מעבר גבולות ו/או אישור מאתר משרד הפנים על שהיה בחול מהאזור האישי
2. חשבון מפורט והעתק קבלה על תשלום ההשתתפות עצמית.
3. דו"ח משטרה ממקום ומזמן האירוע (במידה וקיים).
4. העתק הסכם מול חברת ההשכרה.
5. תצלום רישיון נהיגה בתוקף של הנהג.

אופן הגשת התביעה:

באפשרותך להגיש את תביעתך באמצעות **האזור האישי** באתר החברה בכתובת: 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

בכל עת ניתן ליצור קשר עם מחלקת תביעות חו"ל פלוס במייל: 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 ולפיצוי בגין התביעה בכפוף לתנאי הפוליסה. **השלמת מסמכים והבהרות** - לאחר הגשת המסמכים שציינו 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 בידנינו 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, העומדת על 3 שנים ממועד האירוע.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה
בברכה,
מחלקת תביעות חו"ל פלוס

טופס הגשת תביעה

א. פרטי המבוטח:

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	כתובת המבוטח	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
אני מבקש/ת לעדכן כתובת דואר אלקטרוני להתקשרות עימי לצרכי תביעה זו :					
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: סמ'י בעיגול מהי התביעה הרלוונטית ומלא/י את הפרטים

<ul style="list-style-type: none"> ▪ אבדן גניבה למטען/ מחשב נייד/מחשב לוח/מכשיר סלולארי/ GPS /מצלמה ▪ נזק למטען ▪ שחזור מסמכים ▪ איחור כבודה ▪ נזק מתאונה/גניבה לאופניים ▪ ביטול דמי השתתפות לרכב שכור 	
תאריך האירוע:	האם האירוע קרה במסגרת טיסה או שייט כשהמטען באחריות חברת תעופה/ספנות?
	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
חברת התעופה:	מספר טיסה:
תיאור המקרה (נשמח לקבלת פרטים על האירוע ככל שניתן) _____ _____	

ד. פירוט מרכיבי התביעה

כבודה			
שם הפריט (נא ציין במלל)	תאריך הרכישה	מחיר הפריט (₪)	האם צורפה קבלה? סמן V

סוגי מסמכים			
סוג מסמך	עלות שחזור	סוג מטבע	תאריך שחזור

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 החברה ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.

ו. אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו

שם הסוכן _____ מספר 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 לביטוח חקלאי 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.

ז. אופן תשלום התביעה

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 תשלום 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 (להלן: "ביטוח חקלאי").
כן הנני מתחייב/ת לשפוט 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 _____