



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 ו/או אישור מעבר גבולות ו/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 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 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

א. פרטי המבועת:

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	דוא"ל	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)?					
☐ לא ☐ כן במידה וצוין כן, אנא ציין תאריך לידה מלא _____					

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

[illegible]

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.

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 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:

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 שם. אנא מלא/י את פרטי חשבונך מטה.

שם בעל החשבון	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון



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 אני זכאי/ת לקבל החזר כפול בגין ההוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני מתחייב/ת ומצהיר/ה בזאת כי לא הגשתי ואף לא אניש 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.

שם: _____ תאריך: _____ מספר זהות: _____ חתימה: _____

ט. הבהרה לעניין מסירת מידע

בעצם העברת המידע לטיפולן, התובעת מאשרת ומסכימה כי נמסר ו/או יימסר מידע אישי אודותיו/יה ו/או אודות צדדים שלישיים (להלן: "מידע") - לביטוח חקלאי - אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן: "האגודה" או "ביטוח חקלאי"), בין בעצמה ובין באמצעות מי מטעמה. ו/או מי מטעמה של ביטוח חקלאי, לרבות באמצעות סוכן ביטוח או כל גורם אחר התובעת מאשרת שהוא/היא מורשה למסור את המידע, וכי מסירתו של המידע היא לפי כל דין.

ידוע לתובעת. שהמידע שימסור/תמסור ושייאסף במסגרת בירור התביעה והטיפול בה, ישמר במאגרי המידע של האגודה ויעובד על ידי האגודה, לצורך כל עניין הנוגע לבירור התביעה ולטיפול בתביעה, ולמטרות המפורטות במדיניות הפרטיות שלה הזמינה ב- www.bth.co.il.

הובהר לתובעת. כי המידע עשוי להיות מועבר למטרות אלה גם לסוכן/י הביטוח המטפלים בפוליסה, לצדדים שלישיים הנוגעים לבירור ולטיפול בתביעות, וכן לגורמים נוספים כמפורט במדיניות הפרטיות של הקבוצה (כגון: ספקי מערכות מידע, רשויות מוסמכות).

התובעת מאשרת כי התביעה מוגשת והמידע נמסר לפי בחירתה ומרצונה החופשי. לצד זאת, ידוע לתובעת. כי לצורך טיפול בתביעה ולבירור חבות האגודה על פי הפוליסה, עליו/ה למסור מידע ומסמכים הדרושים לבירור החבות, מתוקף הוראות הדין. הובא לידיעתה. כי סירוב למסירת מידע כאמור עלול להביא לכך שלא ניתן יהיה לברר את התביעה, ועלול אף להוביל לכך שהתביעה תידחה.

הובהר לתובעת. שפירוט אודות האיסוף, השימוש, השמירה וההעברה של המידע, וכן אופן מימוש זכויותיה לעיון ולתיקון המידע לפי הדין, ואופן הפנייה בכל בקשה מצידו/ה בנושא, מופיעים במדיניות הפרטיות של האגודה, הזמינה ב- www.bth.co.il.

אופן קבלת הודעות ומסמכים בקשר לבירור התביעה

ידוע לתובעת. כי באפשרותה לקבל הודעות ומסמכים מהאגודה בקשר לבירור התביעה באחת מדרכי התקשורת הבאות, לפי בחירתה:

☐ דואר ישראל.

☐ דואר אלקטרוני, מסרונים.

בהיעדר סימון, ההודעות והמסמכים יישלחו אל התובעת. בדרכ שתבחר האגודה.

שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

י. הצהרת מבוטח

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

שם: _____ תאריך: _____ 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 פרטי	שם משפחה	מספר זהות	שם האב

רחוב	מספר 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 לקרנית ו/או _____ /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 ומתירה 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 בצ.ה.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.

ויתור 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: _____ מספר 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 האם: _____ מספר זהות: _____
שם האב: _____ מספר זהות: _____
תאריך: _____ חתימה: _____ עד לחתימה: _____

**במקרה של קטין – נדרשת חתימת שני ההורים.

ייפוי כוח:

הריני מייפה את כוחו של: _____ לקבל המידע הרפואי המפורט לעיל.
תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____