



			פרוט הטיפולים
לשימוש החברה	עלות הטיפול		
		סוג ההרדמה / הרגעה / חומר ניגודי	כמות ____
			תרופות במרפאה (פרט תרופות ומינון כולל הזרקה)
			תרופות במרשם (פרט תרופות ומינון כולל הזרקה)
			טיפולים נוספים
			אשפוז
		מספר ימי אשפוז ____	
			המשך טיפול כן / לא

תאריך \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

שם המרפאה: \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

**בקשת והצהרת המבוטח:** הנני מבקש להחזיר לי הוצאות רפואיות בסך \_\_\_\_\_ עבור טיפולים רפואיים עקב מחלה או תאונה לחיית המחמד כמפורט למעלה.

הנני מצהיר כי לא הגשתי בקשה להחזר הוצאות אלה מכל גורם נוסף.  
הנני מאשר לוטרינר המטפל ו/או לכל גורם אחר אשר חיית המחמד הייתה בטיפולו למסור כנדרש, כל מידע על חיית המחמד והטיפולים אותם עברה, לפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ ו/או לגיא סוכנות לביטוח בע"מ ו/או לבאים מטעמם.

תאריך \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ שם המבוטח: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**נא לשלוח בדואר לגיא סוכנות לביטוח בע"מ – תוצרת הארץ 12 תל אביב 6744132**