

בקשה להחזר הוצאות רפואיות עקב תאונה או מחלה של חיית המחמד המבוטחת

לרופא הווטרינר
מלוי הטופס בעברית, בכתב ברור ועם מלוא הפרטים יאפשר טיפול מהיר בהחזר ההוצאות הרפואיות עבור הטיפולים בחיית המחמד. תודה על שיתוף הפעולה.

למבוטח
על מנת שנוכל לטפל בתביעתך ביעילות ובמהירות דאג להעביר אלינו בהקדם – ולא יאוחר מ 14 יום מתחילת הטיפול הרפואי – את טופס הבקשה לאחר מלוי כל הפרטים הנדרשים ע"י הרופא הווטרינר ובצרוף חשבוניות מקוריות. במקרה של המשך טיפול העבר את המסמכים לפי שלבי הטיפול

*מטעמי נוחות הפניה הינה בלשון זכר וכמובן שהכוונה לבני שני המינים.

שם המבוטח: _____ מס. פוליסה: ____/____/____/____/____

כתובת: _____ טלפון: _____ נייד: _____

שם חיית המחמד: _____ כלב / חתול _____ גיל חיית המחמד: _____ גזע: _____ מין ז / נ

תאריך האירוע ____/____/____	סיבת הפניה לווטרינר
אבחנה	

האם המחלה כבר אובחנה ו/או טופלה בעבר? כן / לא אם כן - מתי _____

לשימוש החברה	עלות הטיפול	הטיפול הרפואי
		בדיקות מעבדה (פרט)
לשימוש החברה	עלות הטיפול	פרוט הטיפולים

		צילומי רנטגן כמות ____ סוג ההרדמה / הרגעה / חומר ניגודי
		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 לוותרניר 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 להחזיר בדואר במייל או בפקס לביטוח במחלקה ראשונה – שי לידיד

גיא סוכנות לביטוח בע"מ ת.ד. 50250 תל אביב מיקוד 6150201

טלפון 03-6095252 פקס 03-6095999 [E-MAIL: sba@1st-insur.co.il](mailto:sba@1st-insur.co.il)