

הנחיות להגשת תביעות הוצאות כבודה ושחזור מסמכים - ביטוח נסיעות לחו"ל**מבוטח יקר,**

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח בגין הוצאות כבודה ושחזור מסמכים בחו"ל, נבקשך להעביר אלינו את המסמכים המפורטים מטה:

1. טופס תביעה מלא החתום על ידי המבוטח או במקרה של קטין על ידי ההורים האפוטרופוסים הטבעיים / חוקיים המצ"ב.
2. צילום ברור וקריא של אישור משטרה ממקום וממועד האירוע בחו"ל ובו פרוט של כל הפריטים אשר אבדו או נגנבו (**שימו לב!** זהו תנאי הכרחי לטיפול בתביעת המטען).
3. צילום ברור וקריא של כרטיסי הטיסה.
4. צילום ברור וקריא של דרכון או ת.ז.
5. צילום ברור וקריא של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית (נדרש בסכום תביעה שמעל ל- 10,000 ש"ח).

יודגש, כי אין במפורט בהנחיות אלו להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת, לפיכך וטרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש, אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מצוי בפוליסה שרכשת.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים המפורטים מעלה, באפשרותך להעביר לחברה באמצעות סוכן הביטוח או באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 או למייל מרכזי: Ptviotthul@fnx.co.il או לפקס מספר: 03-7336946 (למעט קבלות מקוריות).

ניתן להתקשר למוקד מידע ושירות ביטוח נסיעות לחו"ל טל' - 03-7338141
פעילות המוקד בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00.

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

טופס תביעה בגין כבודה / שחזור מסמכים - ביטוח נסיעות לחו"ל

1. פרטים אישיים					
שם משפחה		שם פרטי		ת.ז.	
<input type="radio"/> זכר	<input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	תאריך לידה	
מין		תושב ישראל	טל' בית	טל' עבודה	נייד
כתובת			מס' פוליסה		
<input type="radio"/> כן		<input type="radio"/> לא			
מסכים לקבל עדכונים במייל		דואר אלקטרוני			
אזרחות נוספת		השעות בחו"ל		תאריך יציאה	
<input type="radio"/> כן		<input type="radio"/> לא			
יעד הנסיעה (מדינה)		תאריך החזרה		מספר הטלפון הנייד	

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל או לחלופין דואר אלקטרוני.
 נא סמן ב- ✓ את אמצעי התקשורת המועדף עלייך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: דואר ישראל דואר אלקטרוני.
 בהעדף סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
 נא סמן ב- ✓ במידה והנך מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 אני מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 בעקבות הוראת הפיקוח, על המבוטח חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

1. תיאור האירוע			
מקום האירוע		תאריך האירוע	
סוג מטבע		סכום התביעה	
סוג האירוע			
<input type="radio"/> תביעה להחזר הוצאות בחו"ל בגין נזק לכבודה <input type="radio"/> תביעה להחזר הוצאות בחו"ל בגין שחזור מסמכים			
1. האם האובדן או הנזק אירע במסגרת <input type="radio"/> טיסה <input type="radio"/> כלי תחבורה <input type="radio"/> שייט <input type="radio"/> אחר פרט: _____ במידה והאירוע אירע בעת טיסה או שייט או כלי תחבורה, נדרש אישור של חברת התעופה או הספנות או התחבורה או ההשכרה על הגשת תביעה וכן אישור על החזר כספים בגין הארוע. במידה והאירוע התרחש שלא במסגרת הטיסה נדרש אישור משטרה ממקום וממועד האירוע. במידה והנזק לאופניים, נדרש להביא צילומים של האופנים שניזוקו.			
2. בשחזור מסמכים נדרש אישור מהקונסוליה או ממשד החוץ על עלות שחזרם. פרט על גבי דף זה את אשר אירע במהלך יום האירוע מתחילתו ועד סופו: _____			

2. ביטוחים נוספים בהתאם לחוק חוזה הביטוח, סעיף 59 א', על המבוטח להצהיר על קיום ביטוח נוסף			
<input type="radio"/> נא פרט ביטוחים נלווים נוספים לנסיעתך (כולל ביטוחים באמצעות חברות כרטיסי האשראי)			
<input type="radio"/> האם קיימים ביטוחים נוספים אחרים על הרכוש הנתבע? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא במידה ותבעת צרף אישור סיום טיפול מחברת הביטוח.			
אם כן, שם החברה	מס' פוליסה	תוקף	

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהים לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהם כל שינוי. ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי ולכן איני זכאי לקבל מעבר להוצאה בפועל אך ככל שיתקבל החזר גם מגורם נוסף, יכול גובה החזר משני הגורמים להגיע עד לסכום הוצאה בפועל

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שיש בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

אני החתום מטה מצהיר כי הקבלות המפורטות מטה הוגשו או שתוגשנה לגורם אחר, והתקבל או שאמור להתקבל החזר בגינן. במקרה והקבלות הוגשו לגורם אחר והתקבל החזר, עליך לצרף בנוסף לקבלה/חשבונית את האישור על גובה החזר שהתקבל.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית	הגורם ממנו נתבע החזר	סכום החזר שהתקבל	סכום החזר שעתידי להתקבל

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

הנני מתחייב ומצהיר כי לא אעשה כל שימוש בקבלות המקוריות וכי לא הגשתי ולא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לכל גורם אחר, מלבד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס"), להחזר בגין אותן קבלות. הנני מתחייב כי מקום בו יובא לידיעת הפניקס כי פעלתי לקבלת כפל תשלום תוך הצגת הקבלות לגוף אחר, אפעל להשבת הכספים ששולמו על ידי הפניקס, ככול ששולמו, ואין ולא תהינה לי טענות ביחס לכך.

תיאור הפרטי שאבד/ניזוק	מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם.

<input checked="" type="checkbox"/>					
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימת המצהיר	

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)

<input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בבנק				
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
כתובת הסניף			טלפון הסניף	
הערות:				

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה _____, מס' ת.ז. _____, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

<input checked="" type="checkbox"/>					
תאריך	חתימת המבוטח				

במקרה של קטין יש להחתים את אחד ההורים:

<input checked="" type="checkbox"/>						<input type="radio"/> אב <input type="radio"/> אם <input type="radio"/> אפוטרופוס
קרבה	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	חתימה		