

טופס תביעה - ביטוח לצלילה ספורטיבית

נא לשלוח את התביעה בדואר בלבד: מחלקת תביעות חו"ל, הפניקס חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 25285, תל אביב - 61253
מוקד מידע ושירות לקוחות: טל: 03-7338141 פעילות המוקד: ימים א'-ה' בין השעות 17:00-8:00

פרטים אישיים			
שם משפחה		שם פרטי	
כתובת		עיר	
מספר הפוליסה	נייד	טל בעבודה	טל בבית
נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>	תושב ישראל	מסכים לקבל עידכונים במייל: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	
כתובת דואר אלקטרוני			
שעות בחו"ל			
תאריך יציאה		תאריך חזרה	
יעד הנסיעה (מדינה)			

ביטוחים נוספים בהתאם לחוק חוזה הביטוח, סעיף 59 א', על המבוטח להצהיר על קיום ביטוח נוסף		
נא פרטי/ ביטוחים נלווים נוספים לצלילה ספורטיבית (לרבות ביטוח נסיעות לחו"ל במידה ותאונת הצלילה התרחשה בחו"ל)		
אם כן, שם החברה	מס' פוליסה	תוקף הפוליסה

תיאור האירוע				
מקום אירוע	תאריך האירוע	שעת האירוע	שם בן הזוג לצלילה	טלפון של בן הזוג לצלילה
אנא פרטי/ על גבי דף זה את אשר אירע במהלך יום האירוע מתחילתו ועד סופו:				

תיאור האירוע - המשך			
איפה ומתי אבד הרכוש?	נראה לאחרונה הרכוש הנתבע: בתאריך	שעה	מקום
האם היה פיגוי לבית חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן במידה וכן איך התבצע הפיגוי _____			

פירוט הוצאות כתוצאה מתאונת הצלילה				
תיאור הוצאה	מחיר רכישה	תאריך הרכישה	מקום הרכישה	נא ציין/י באם מצורפת קבלה

טופס תביעה - ביטוח לצלילה ספורטיבית

פרטי חשבון בנק | יש לצרף צילום המחאה של המבוטח או אישור הבנק על פרטי החשבון

אבקש להעביר לחשבון הבנק שלי, אשר פרטיו רשומים מטה, את הסכום המצויין לעיל:

פ.ח. / ת.ח.		שם בעל חשבון			
שם הבנק	שם הסניף	כתובת הסניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק

הצהרת המבוטח

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

הצהרת המבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

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

הצהרת המבוטח - אישור קבלת תכתובת מהמבוטח באמצעות הסוכן

הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען לקבלת כל התכתובות מהמבוטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס.

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

ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לבתי החולים ו/או למי מטעמם ו/או לכל המוסדות הרפואיים ו/או המכונים הרפואיים ו/או בתי החולים האחרים כולל בתי החולים הכלליים ו/או הפרטיים ו/או הפסיכיאטרים ו/או השיקומיים ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין של כל המפורטים עד כה ו/או לכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או למי מטעמם, ו/או למשרד הביטחון ו/או רשות שדות התעופה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל מוסד ו/או לחברות הביטוח האחרות ו/או לגורם אחר (להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: "המבטח") את כל הפרטים המצויים ביד המוסדות ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי / או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או מועדי כניסה יציאה מישראל.
 אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.
 הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה.
 בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.
 כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

חתימת המבוטח

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	חתימת הסוכן
-------------------------------------	-------	-------------

מבוטח/ת יקר/ה! במקרה של תאונת צלילה בחו"ל יש לצרף מסמכים נוספים:

- טופס ויתור על סודיות רפואית חתום ע"י המבוטח ובמקרה של מבוטח קטין, חתימת ההורים האפוטרופוסים. הטבעיים/אפוטרופוסים חוקיים. במידה והמבוטח אינו כשיר לחתימה, ניתן להחתים אפוטרופוס.
 - חשבונות או קבלות מקוריות להוכחת ההוצאה.
 - מסמכים רפואיים ו/או דוח רפואי רלוונטי הכולל סיכום אשפוז, דיאגנוזה, סיכום מחלה, סיבת הטיפול ואופן הטיפול הנדרש.
 - במקרה של תביעות הקשורה לאירוע פטירה, חלילה, יש לצרף הודעת פטירה, תעודת פטירה וצו ירושה.
 - היסטוריה רפואית מהרופא המטפל הרלוונטי בארץ.
 - דו"ח משטרה - אם רלוונטי לאירוע.
 - חבות כלפי צד שלישי - מסמכים רפואיים ואחרים להוכחת הנזק שאירע לגוף או לרכוש בגינם נוצרת החבות.
 - תאונות אישיות
 - מסמכים רפואיים להוכחת הנכות הצמיתה
 - חוות דעת בגין גובה הנכות הצמיתה
 - החלטת הביטוח הלאומי לקיום הנכות וגובהה
 - צילום ת.ז.
- במקרה של תאונת צלילה בחו"ל יש לצרף מסמכים נוספים:**
- צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית
 - כרטיס טיסה מקורי
 - צילום דרכון
 - אישור מרופא מומחה בחו"ל המאשר את חזרת המבוטח ארצה בטיחה.
 - מכתב מחברת התעופה המאשר או דוחה את הבקשה לשינוי מועד הטיסה וכן פירוט העלויות
 - אישור פנייה לחברת הנסיעות לרבות מכתב מחברת הנסיעות המפרט את הסכומים שהוחזרו/ לא הוחזרו בגין קיצור או הארכת הנסיעה.