

הנחיות למילוי טופס תביעה – חיות מחמד

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לפיצוי בגין תגמולי ביטוח לחיית המחמד שלך, נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בהתאם לסוג תביעתך כפי שמפורט בטופס.

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

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

- לתיבת דוא"ל: ptichat_t@fnx.co.il.
- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.
- באמצעות סוכן הביטוח.
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433.

בברכה,

מחלקת תביעות

טופס תביעה - חיות מחמד

1. פרטים אישיים		
שם מבוטח	מס' תעודת זהות	מס' פוליסה
כתובת	כתובת דוא"ל	טלפון נייד

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
 בהיעדר סימון בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
 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.

2. פרטי חייית המחמד		
<input type="checkbox"/> חתול <input type="checkbox"/> כלב	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר שבב אלקטרוני (במידה ויש)
סוג הנזק: <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> מוות		גיל החיה המשוער
תיאור האירוע:		
תאריך האירוע	מקום האירוע	
תיאור נסיבות האירוע:		

3. פירוט התביעה לתגמולי ביטוח			
אני החתום מטה מצהיר, כי העתקי הקבלות שצרפתי זהים לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהם כל שינוי. 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. 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.			
תיאור הטיפול	סכום הוצאה	מצורפת קבלה / חשבונית	תאריך
<input type="checkbox"/> טיפול רפואי		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/> תרופות		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/> הדמיה		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/> אשפוז		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/> מוות		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
הערות			

4. אופן תשלום התביעה				
העברה בנקאית - נא להעביר לזכות חשבוני בבנק:				
שם בעל החשבון		כתובת הסניף		
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' סניף	מס' חשבון

5. המסמכים הנדרשים ←
1. אישורים מהוטרירנר 2. חשבוניות / קבלות בגין ההוצאות

6. הצהרת מבטח ←			
אני החתום מטה, _____, מספר ת. ז. _____, מצהיר בזאת, כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים			
X	מס' תעודת זהות	שם מלא	תאריך
חתימת המצהיר			