

## טופס הודעה על תביעה

מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך במהירות וביעילות.  
יש לצרף טופס זה בכל פניה ולהקפיד על מילוי כל הפרטים כנדרש ולצרף את כל המסמכים הנדרשים בהתאם למפורט בהנחיות המצורפות

- 
- 

### פרטי ילד/ה המבוטח/ת:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

ת.ז: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ קופת חולים: \_\_\_\_\_

### שם ההורה (אפוטרופוס חוקי)

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ מייל: \_\_\_\_\_

רחוב: \_\_\_\_\_ מספר בית: \_\_\_\_\_ מספר דירה: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_

### ריכוז הוצאות בגין טיפולים

סוג טיפול/בדיקה	מס' קבלה	סכום הקבלה	מועד ביצוע הטיפול	האם הוגשה בקשה להחזר מגורם אחר	סכום ההחזר

### הצהרות:

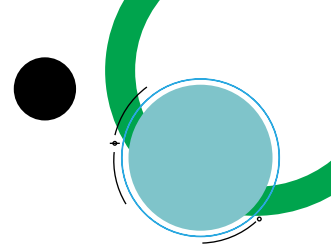
- אני הח"מ זכאי כאפוטרופוס טבעי לקבל תגמולי ביטוח בשמו של הילד/ה המבוטח/ת ששמוה רשום מעלה ומורה בזאת לביקורופא לבצע החזר הוצאות הטיפולים בהתאם לפרטי התשלום הרשומים מטה.
- אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצויינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### פרטי התשלום

במקרה שתביעתך תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. אנא מלא הפרטים כולל צילום המחאה/אישור ניהול חשבון מהבנק. מספר חשבון: \_\_\_\_\_ שם בעל החשבון: \_\_\_\_\_ מספר בנק: \_\_\_\_\_ מספר סניף: \_\_\_\_\_

\*במקרה שתבחר לא להעביר אלינו הפרטים הנדרשים, תשולם באמצעות המחאה לפקודת המבוטח/ת לכתובת המצוינת בטופס התביעה.



## הנחיות להגשת התביעה

**יש להקפיד למלא את טופס התביעה על כל חלקיו ולצרף את כל המסמכים הנדרשים לפי סוג השירות כמפורט מטה ביחד עם צילום המחאה/אישור ניהול חשבון מהבנק לצורך העברה בנקאית וצילום תעודת זהות כולל ספח.**

את טופס התביעה והמסמכים הנלווים ניתן להגיש באחת מהאפשרויות הבאות:

1. לתיבת דואר מייל: [fnx@bikurofe.co.il](mailto:fnx@bikurofe.co.il)
2. באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה: לכבוד ביקורופא - מחלקת התפתחות הילד.

### המסמכים הנדרשים להגשה במסגרת כל תביעה

השירות:	המסמכים הנדרשים:
<b>בדיקות אבחון להפרעות קשב וריכוז</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. הפניה לבדיקה ע"י רופא מומחה בנוירולוגית ילדים ו/או רופא מומחה בהתפתחות הילד.</li> <li>2. קבלות (אם לא מועברות קבלות מקור, יש לפרט האם מתבקש החזר מגורם אחר, ואם כן - לציין מה הסכום שהתקבל).</li> <li>3. צילום תעודת זהות, כולל ספח עם שם הילד המבוטח.</li> </ol>
<b>אבחון בעיות שינה</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. תעודת מטפל של יעוץ שינה מטעם משרד הבריאות או לחילופין בעל תעודה של יועץ שינה ו/או בעל השכלה מוקדמת של אח/אחות.</li> <li>2. קבלות (אם לא מועברות קבלות מקור, יש לפרט האם מתבקש החזר מגורם אחר, ואם כן - לציין מה הסכום שהתקבל).</li> <li>3. צילום תעודת זהות, כולל ספח עם שם הילד המבוטח.</li> </ol>
<b>קלינאי תקשורת, מרפא בעיסוק, רכיבה טיפולית, שחיה טיפולית ו/או טיפול באומנות:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. הפניה של רופא מומחה בנוירולוגית ילדים ו/או רופא מומחה בהתפתחות הילד.</li> <li>2. תעודת מטפל.</li> <li>3. קבלות (אם לא מועברות קבלות מקור, יש לפרט האם מתבקש החזר מגורם אחר, ואם כן - לציין מה הסכום שהתקבל).</li> <li>4. צילום תעודת זהות, כולל ספח עם שם הילד המבוטח.</li> </ol>

### לתשומת לבך:

1. לא נוכל להשלים את הטיפול בתביעה, ללא כל המסמכים הנדרשים.
2. לקבלת שירותים על ידי נותני שירות שבהסכם, יש לפנות למוקד ביקורופא בטלפון: \*6101 או בכתובת מייל: [fnx@bikurofe.co.il](mailto:fnx@bikurofe.co.il)
3. במקרה שתבחר לא להעביר אלינו הפרטים הנדרשים, תשולם באמצעות המחאה לפקודת המבוטח/ת לכתובת המצוינת בטופס התביעה.

בברכת בריאות מלאה, ביקורופא בע"מ