

פרטים אישיים

שם משפחה שם פרטי ת.ז.

תושב ישראל: כן לא טל' בית טל' עבודה נייד

אזרחות נוספת: כן לא כתובת מס' פוליסה

כתובת דואר אלקטרוני

השהות בחו"ל: תאריך יציאה שנה חודש יום תאריך חזרה שנה חודש יום

ההודעה לסוכן הנסיעות על ביטול הנסיעה שנה חודש יום יעד הנסיעה (מדינה)

במקרה של ביטול נסיעה תאריך יום חודש שנה

ביטוחים נוספים בהתאם לחוק חוזה הביטוח, סעיף 59 א', על המבוטח להצהיר על קיום ביטוח נוסף

האם ברשותך ביטוחי נסיעות נוספים לנסיעה זו?

אם כן, שם החברה מס' פוליסה תוקף שנה חודש יום

האם הופעל ביטוח נסיעות בכרטיס האשראי לנסיעתך לחו"ל? לא כן

שם חברת האשראי שם בעל הכרטיס

מס' כרטיס האשראי תוקף שנה חודש יום

האם רכשת הרחבה ו/או שילמת פרמיה נוספת / חריגה? לא כן אם כן, ציין סוג ההרחבה

תיאור האירוע

מקום האירוע תאריך האירוע שנה חודש יום סכום התביעה

אנא פרט/י על גבי דף זה את אשר אירע במהלך יום האירוע מתחילתו ועד סופו: (במידת הצורך, ניתן להוסיף עמודים נוספים ומסמכים)

פרטי חשבון בנק / אשראי

אבקש להעביר לחשבון הבנק שלי/כרטיס אשראי אשר פרטיו רשומים מטה את סכום התביעה

שם בעל החשבון / שם בעל הכרטיס ת.ז. / ח.פ.

פרטי כרטיס אשראי: מס' כרטיס אשראי תוקף שנה חודש יום

פרטי חשבון בנק: מס' חשבון מס' סניף מס' ושם בנק

* לא ניתן לקבל החזרים באמצעות אמריקן אקספרס ודיינרס

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה בעל הפוליסה הני"ל, מס' ת.ז. מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים וכי כל הפרטים שצוינו לעיל, אבדו או נגנבו או ניזוקו בהתאם למפורט לעיל.

ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או 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 לבתי 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 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 הסיעודי 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 ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או מועדי כניסה ויציאה מישראל.

אני משחרר בזאת את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני 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 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

תאריך שנה חודש יום

חתימת המבוטח