

הודעה על תביעת גוף

(להוצאות רפואיות ואשפוז/תאונה/מחלה במכלול נסיעות לחו"ל)

מסמכים מצורפים להוכחה (סמן v) -
 אישור בית חולים + דיאגנוזה
 אישור רופא + דיאגנוזה
 קבלות ו/או תדפיסי אשראי
 טופס הצהרה על כרטיס אשראי בינלאומי

הצהרה:הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתני לעיל הם נכונים ואמיתיים.

| | |
|--------------------|---------------------|
| שם משפחה ושם פרטי | מספר הפוליסה |
| כתובת מגורים קבועה | מספר טלפון להתקשרות |

| | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|-----------------------|-----|------|-----|
| פרטי המקרה (ארץ/מדינה) | מקום המקרה (ארץ/מדינה) | תאריך התאונה או המחלה | שנה | חודש | יום |
| כיצד ארעה/הופיעה התאונה/המחלה? | | | | | |

| | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| (אם אין מספיק מקום, צרף רשימה) | פרט את ההוצאות הרפואיות ומהות הטיפול: |
|--------------------------------|---------------------------------------|

| | | | |
|-------------|-----------|---|--|
| סכום התביעה | סוג המטבע | האם היתה פניה לחברת "MedLine Israel Ltd." (סמן v) | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
|-------------|-----------|---|--|

| | |
|----------------------|-----------------|
| לשימוש סוכנות החיתום | שם משרד הנסיעות |
|----------------------|-----------------|

X

חתימת התובע/ת