

מבוטח/ת יקר/ה, Femi מפעילה מאגר מטפלים ונותני שירותים נרחב. נותני שירותים אלו (לרבות רופאים, מטפלים ועוד) הינם בהסדר עם החברה, ובהתאם באפשרותך להזמין מהם שירות איכותי ומקצועי בפשטות, ביעילות תוך חיסכון בתשלום ההשתתפות העצמית. ניתן לצפות ברשימת נותני השירות שבהסדר [באתר החברה](#) ולהפיק טופס התחייבות בקלות [באזור האישי](#).
אם בכל זאת החלטת על הגשת תביעת החזר הוצאות, באפשרותך להגיש תביעה דיגיטלית [באזור האישי](#) שבאתר החברה.

הנחיות להגשת בקשת החזר בתחום בריאות

מבוטח יקר,

על מנת לטפל בתביעתך, נבקשך להעביר אלינו את טופס 'פנייה לבקשת החזר' בצירוף המסמכים הנדרשים בהתאם לסוג תביעתך כפי שמפורט מטה.
על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולהעניק לך שירות יעיל ומהיר, נודה על מילוי הפרטים המלאים בטופס. כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני באופן ברור ובאותיות רישיות (גדולות) בטופס התביעה לצורך התקשרות. יודגש, כי אין במפורט בהנחיות אלו להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בכתב השירות שרכשת. לפיכך וטרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש, אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מצוי בכתב השירות שברשותך.
את טופס 'פנייה לבקשת החזר' כמו גם את המסמכים הנדרשים עליך להעביר אל חברתנו באמצעות דואר אלקטרוני שכתובתו Tviot@Femi.com או באמצעות דואר ישראל לכתובת: פמי בע"מ, רחוב ירושלים פינת רחוב המלאכה 22 חולון, קמפוס אמות, מיקוד 5885825.

להלן פירוט המסמכים הנדרשים בהתאם לסוג הפנייה:

כתבי שירות אמבולטוריים

- טופס 'פנייה לבקשת החזר'
- קבלות (אם לא מועברות קבלות מקור, יש לפרט האם מתבקש החזר מגורם אחר, ואם כן - לציין מה הסכום שיתקבל ולצרף אסמכתא)
- הפנייה בביצוע בדיקות אבחנתיות וטיפולי פיזיותרפיה
- צילום המחאה/אישור ניהול חשבון מהבנק לצורך העברה בנקאית

כתבי שירות רפואה משלימה

- טופס 'פנייה לבקשת החזר'
- קבלות (אם לא מועברות קבלות מקור, יש לפרט האם מתבקש החזר מגורם אחר, ואם כן - לציין מה הסכום שיתקבל ולצרף אסמכתא)
- הפנייה מרופא מטפל לקבלת שירות טרם ביצוע הטיפולים הכולל פירוט של מצבו הרפואי של המבוטח
- תעודת התמחות של המטפל
- כרטיס טיפולים/כמות ותאריכי טיפול
- צילום המחאה/אישור ניהול חשבון מהבנק לצורך העברה בנקאית

כתבי שירות לילד

- טופס 'פנייה לבקשת החזר'
- קבלות (אם לא מועברות קבלות מקור, יש לפרט האם מתבקש החזר מגורם אחר, ואם כן - לציין מה הסכום שיתקבל ולצרף אסמכתא)
- הפנייה מרופא מטפל עבור טיפולים רגשיים ו/או התפתחותיים
- תעודת התמחות של המטפל
- כרטיס טיפולים/כמות ותאריכי טיפול
- צילום המחאה/אישור ניהול חשבון מהבנק לצורך העברה בנקאית

תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981. לתשומת ליבך, אין במשלוח דרישה לחברתנו או לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

לגבי תביעות בגין פוליסות שהוצאו/חודשו לפני 25/11/20, תקופת ההתיישנות היא 3 שנים

1 בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, כגון לעניין קטין.

פנייה לבקשת החזר

מבוטח/ת יקר/ה,

מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. נא להצטייד בטופס בכל פנייה לשירות רפואי ולהקפיד על מילוי כנדרש. לטובת טיפול בפנייתך והמשך התקשרות יש לוודא תקינות מס' ת.ז, טלפון נייד וכתובת דוא"ל.

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה
_____	_____	_____	_____
מקום עבודה	מספר טלפון	שם כתב השירות	דוא"ל
_____	_____	_____	_____
כתובת - רחוב	מספר בית	מס' דירה	יישוב
_____	_____	_____	_____

ביטוחים נוספים

האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?

- כן לא שם הקופה או החברה _____ האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה?
- כן לא שם הקופה או החברה _____ האם יש לך ביטוח רפואי במקום אחר?
- כן לא שם הקופה או החברה _____

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים

מספר קבלה	תאריך קבלה	סכום קבלה
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* ככל שלא מועברת קבלת מקור, יש לפרט האם התבקש החזר מגורם אחר ואם כן - מה הסכום שהתקבל ולצרף אסמכתא

פרטי תשלום

במידה שתביעתך תאושר התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.
אנא מלא את הפרטים וצרף צילום המחאה או אישור ניהול חשבון מהבנק.

שם בעל החשבון _____
שם הבנק _____
שם סניף _____
מספר סניף _____
מספר חשבון _____

* ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים אנו נשלם באמצעות המחאה לפקודתך לכתובת המצויינת בטופס התביעה.

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה _____ מס' ת.ז. _____ מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצויינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

תאריך _____
חתימת המבוטח _____

במקרה של קטין יש להחתים את אחד ההורים

אב אם אפוטרופוס

קרבה _____
שם פרטי ומשפחה _____
תאריך _____
ת.ז. _____
חתימה _____

תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 לתשומת ליבך, אין במשלוח דרישה לחברתנו או לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות

לגבי תביעות בגין פוליסות שהוצאו/חודשו לפני 25/11/20, תקופת ההתיישנות היא 3 שנים

י בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, כגון לעניין קטין.