

תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי - חלק המבוטח

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה. בטופס שני חלקים. חלק א - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב - למילוי בידי הרופא המטפל. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה למטפל או לרופא מקצועי, את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו. יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבוניות/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

חלק א - למילוי בידי המבוטח

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	מספר הפוליסה
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת		
שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל			

2. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? לא כן, פרט _____

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? לא כן, פרט _____

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? לא כן, משנת _____ מסוג _____

האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר? לא כן, בחברת _____

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? לא כן, בחברת _____

3. פירוט התביעה

בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית-חולים ציבורי או בבית-חולים פרטי במימון קופת-חולים או הביטוח המשלים. (נוסף על דוח הרופא שבטופס זה יש לצרף דוח ניתוח בגין הניתוח שבוצע).

בקשה לפיצוי בגין מחלה קשה/מוות/אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח וכדומה.

בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט ↓

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי הוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')

4. אופן תשלום התביעה

אם הנך מבקש לקבל את התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. לתשומת לבך, אם לא יצורף האמור לעיל, יועבר התשלום בהמחאה.

שם הבנק _____ מספר הסניף _____ שם הסניף _____ מספר החשבון _____

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי רבות קופת-חולים ובתי-חולים, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות המקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר עליידי צד ג' כלשהו למסור להראל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שתקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האישפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.

י ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.



חתימה

מספר זהות

שם משפחה ופרטי

תאריך



1282

תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי

- חלק הרופא -

רופא נכבד, על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

חלק ב - למילוי בידי הרופא המטפל

שם המשפחה		השם הפרטי		מספר הזהות	
.1 פרטי מבוטח					
.2 הטיפול במבוטח	המבוטח בטיפול החל מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח			
		שנה		חודש	
.3 האבחנה	האבחנה הנוכחית				
המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -		התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -			
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:					
תאונת עבודה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט					
שם המשפחה		השם הפרטי		ההתמחות	
.4 פרטי הרופא					
רחוב		מספר בית		יישוב	
מספר טלפון סלולרי		מספר טלפון		מספר פקס	
		מיקוד			



טופס מספר 62-00509 (צד שני) א ר"ה

תאריך 4/2006