

## בקשה לאישור ולתיאום ניתוח/ לטיפול מיוחד/ להחזר הוצאות/ לפיצוי

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לך לבטוח ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פניה. בטופס שלוש חלקים: חלק א נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב למילוי בידי הרופא המטפל, חלק ג למילוי בידי הרופא המנתח-אם התביעה היא בגין ניתוח. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פניה לרופא המטפל או לרופא מקצועי, או לרופא המנתח את הטופס הזה, ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.

**טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח/הטיפול ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.**

**יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה, תוצאות בדיקות רפואיות כולל בדיקות הדמיה ובדיקות פתולוגיות, או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבונות/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.**

**יש לצרף פרטי חשבון הבנק של התובע: צילום המחאה אישית או אישור הבנק לגבי פרטי החשבון.**

### חלק א' - למילוי בידי המבוטח

1. פרטי המבוטח:

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

2. ביטוחי בריאות נוספים:

האם הגשת או כוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?  לא /  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם הגשת או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?  לא /  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח בריאות בחברת ביטוח אחרת?  לא /  כן, משנת \_\_\_\_\_ בחברת \_\_\_\_\_

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:

האם יש השתתפות של קופת חולים?  לא /  כן, שם קופ"ח \_\_\_\_\_ הכיסוי בקופ"ח \_\_\_\_\_

האם יש השתתפות של גורם אחר כולל חברת ביטוח אחרת?  לא /  כן, פרט \_\_\_\_\_

החזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבונות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט:

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי הוצאה
		חוות דעת בגין התייעצות לפני ניתוח:
		פיצוי בגין ניתוח:
		החזר הוצאות רפואיות ואחרות - פרט הוצאה:
		פיצוי בגין השתלה בחו"ל:
		פיצוי בגין תרופות שאינן בסל הבריאות:
		פיצוי בגין תותבת/אביזר/מושתל:

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת-חולים ובתי-חולים, עבדיהם, רפאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עבדיו ו/או למשרד הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות מקומיות ולמשרדי הממשלה על עבדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עבדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנגוע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בדיו חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האשפוז 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 מעבדיהם ו/או נתני השירותים שלהם.

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

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

רופא נכבד, על מנת לקל על הטיפול בפניית המנוסח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן:

**חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל** חלק זה ימולא על-ידי רופא מקצועי/רופא מנתח/רופא משפחה המטפל במבוטח.

<b>1. פרטי המבוטח:</b>					
שם המשפחה		השם הפרטי		מספר הזהות מ"ב	
<b>2. הטיפול במבוטח:</b>					
מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מתאריך	
המבוטח בטיפול החל מתאריך		המבוטח בטיפול החל מתאריך		שנה   חודש	
<b>3. האבחנה:</b>					
האבחנה הנוכחית					
המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך		התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך		הצורך בנייתוח/בטיפול נקבע בתאריך	
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:					
תאונת עבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> / כן, פרט _____					
תאונה אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> / כן, פרט _____					
תאונת דרכים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> / כן, פרט _____					
<b>4. פרטי הרופא:</b>					
שם המשפחה		השם הפרטי		ההתמחות	
רחוב		מספר בית		יישוב	
0		0		0	
מספר טלפון סלולרי		מספר טלפון		מספר פקס	
0		0		0	
מיקוד		מספר פקס		0	

חתימת הרופא וחותמת

תאריך

**חלק ג' - למילוי בידי הרופא המנתח** טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

<b>1. פרטים על הניתוח המומלץ:</b>					
שם הניתוח/ הטיפול המומלץ:					
בדיקות וטיפולים מומלצים על-ידי:					
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך:					
בבית חולים:					
<b>2. הערות נוספות:</b>					
<b>3. פרטי הרופא:</b>					
שם המשפחה		השם הפרטי		ההתמחות	
רחוב		מספר בית		יישוב	
0		0		0	
מספר טלפון סלולרי		מספר טלפון		מספר פקס	
0		0		0	
מיקוד		מספר פקס		0	

חתימת הרופא וחותמת

תאריך