



**חלק א – למילוי בידי המבוטח**

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה.  
**טופס שלושה חלקים אשר ימולאו על-ידי שלושה גורמים שונים:** חלק א' – נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' – למילוי בידי הרופא המטפל וחלק ג' – למילוי בידי הרופא המנתח. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא המטפל או למקצועי, 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, חשבונית/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

שים לב!

אם אתה זכאי לכיסוי הניתוח על-ידינו ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, באמצעות הביטוח המשלים של קופת-חולים או כל גורם אחר, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בגין אי-תביעת הפוליסה.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

פרטי המבוטח	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מספר הפוליסה															
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס	0															
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0	0															
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0	0															
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת	שם הרופא המקצועי המטפל																	
האם הגשת או כוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?			כן, פרט _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>																	
האם הגשת או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?			כן, פרט _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>																	
האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?			כן, משנת _____ מסוג _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>																	
האם יש לך ביטוח משלים אחר?			כן, בחברת _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>																	
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?			כן, בחברת _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>																	
האם יש השתתפות של קופת החולים?			כן, אמציא התחייבות מקופת חולים (ט' 17): _____ לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>																	
החזר הוצאות רפואיות – יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) – פירוט			<table border="1"> <thead> <tr> <th>תאריך</th> <th>הסכום בש"ח</th> <th>פרטי ההוצאה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכום שביצע ניתוח</td> </tr> <tr> <td>1. אחר</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה	התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכום שביצע ניתוח			1. אחר			2.			3.		
תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה																		
התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכום שביצע ניתוח																				
1. אחר																				
2.																				
3.																				
אם הנך מבקש לקבל את התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.			<table border="1"> <thead> <tr> <th>תאריך</th> <th>שם הסניף</th> <th>מספר הסניף</th> <th>מספר החשבון</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			תאריך	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון											
תאריך	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון																	

אנחנו החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדות הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותינו ו/או על כל מחלה שחליתנו בה בעבר ו/או שאנחנו חולה/ים בה כעת ו/או שאנחנו בה בעתיד ו/או שאנחנו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו "כלפי המבקש". כתב ויתור זה מחייב את עזבונונו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים. ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החוזרים 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.



**למילוי בידי הרופאים**

רופא נכבד,

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

חלק זה ימולא על-ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_

פרטי הרופא	שם המשפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
פרטי המבוטח	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות		
	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מתאריך		
הטיפול במבוטח	המבוטח בטיפול החל מתאריך				
	שנה	חודש			
האבחנה	האבחנה הנוכחית				
	המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -	הצורך בניתוח נקבע בתאריך -		
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> תאונת דרכים					
אם כן, פרט _____					

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הרופא וחותמת \_\_\_\_\_

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

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_

פרטי הרופא	שם המשפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
פרטים על הניתוח המומלץ	שם הניתוח המומלץ:				
	בדיקות וטיפולים מומלצים על-ידי:				
	את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____ בבית-חולים: _____				
הערות נוספות					

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הרופא וחותמת \_\_\_\_\_