



מספר פקס 03-7547900

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. **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 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.

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	0	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0															
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מספר טלפון בעבודה	0	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0															
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת	שם הרופא המקצועי המטפל																	
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?			כן, פרט _____																	
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?			כן, פרט _____																	
האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?			כן, משג _____																	
האם יש לך ביטוח משלים אחר?			כן, בחברת _____																	
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?			כן, בחברת _____																	
פירוט התביעה <input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית-חולים פרטי במימון קופת-חולים או הביטוח המשלים. (נוסף על דוח הרופא שבטופס זה יש לצרף דוח ניתוח בגין הניתוח שבוצע). <input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין מחלה קשה / מוות / אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח וכדומה. <input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>תאריך</th> <th>הסכום ב\$'ח</th> <th>פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						תאריך	הסכום ב\$'ח	פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')												
תאריך	הסכום ב\$'ח	פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')																		
אופן תשלום התביעה אם הנך מבקש לקבל את התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. לתשלום ליבך - אם לא יצורף האמור לעיל, יועבר התשלום בהמחאה. בבנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר החשבון _____																				

אני/נו החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה 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 בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שא/נחלה בה בעתיד ו/אני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו "כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים. ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החוזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחוייבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.



מספר פקס 03-7547900

חלק ב - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

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.

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

