



הראל
חברה לביטוח

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח
הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

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 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	
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0	
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת			
שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל				
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, משג _____				
האם יש לך ביטוח משלים אחר?	☐ לא ☐ כן, בחברת _____				
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?	☐ לא ☐ כן, בחברת _____				
האם יש השתתפות של קופת החולים?	☐ לא ☐ כן, אמצאי התחייבות מקופת חולים (ט' 17): ☐ לרופא ☐ לבית החולים ☐ לרופא ולבית החולים				
פירוט הבקשה לאישור ולתיאום ניתוח	החזר הוצאות רפואיות – יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) – פירוט ↓				
פרטי ההוצאה	התיעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע ניתוח				
1. אחר					
2.					
3.					
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 ליבך - אם לא יצורף האמור לעיל, יועבר התשלום בהמחאה. בבנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר החשבון _____				

אנחנו החתומים מטה, נותנים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למלא ולמסור למשרד הבטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לביטוח 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 שחליתנו בה בעבר ו/או שאנחנו חולאים בה כעת ו/או שאנחנו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו "כלפי המבקש". כתב ויתור זה מחייב את עזבונינו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.
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.

תאריך _____ משפחה ופרטי _____ שם _____ מספר _____ חתימה _____



הראל
חברה לביטוח

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח

מספר פקס 03-7547900

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.

פרטי הרופא	שם המשפחה בוצר	שם פרטי איתמר	ההתמחות אורטופדיה	מספר טלפון 03-6482333	מספר טלפון סלולרי 054-6867874
	רחוב שטרית	מספר בית 6	יישוב תל אביב	מיקוד 69482	מספר פקס 03-6482377
פרטי המבוטח	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות		
הטיפול במבוטח	המבוטח בטיפול החל מתאריך	שנה	חודש	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	
				מתאריך	
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: ☐ תאונת עבודה ☐ תאונת דרכים אם כן, פרט:					

תאריך חתימת הרופא וחותמת

תאריך

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

פרטי הרופא	שם המשפחה בוצר	שם פרטי איתמר	ההתמחות אורטופדיה	מספר טלפון 03-6482333	מספר טלפון סלולרי 054-6867874
	רחוב שטרית	מספר בית 6	יישוב תל אביב	מיקוד 69482	מספר פקס 03-6482377
פרטים על הניתוח המומלץ	שם הניתוח המומלץ:				
	בדיקות וטיפולים מומלצים על-ידי:				
הערות נוספות	את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך:				
	בבית-חולים:				

תאריך חתימת הרופא וחותמת

תאריך