

בקשה לתביעה בריאות - חלק 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/ה המטפל/ת או לרופא/ה המקצועי/ת את הטופס הנ"ל 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, קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

שים לב: אם תימצא זכאי לכיסוי הניתוח על ידינו, ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, שלא באמצעותנו, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בגין אי תביעת הפוליסה, במידה וקיים סעיף מתאים בפוליסה.

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

1. פרטי המבוטח	שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	ת. לידה	מס' פוליסה
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס	0
שם מקום העבודה של בעל הפוליסה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סולארי	0	0
שם סוכן הביטוח	מס' טלפון הסוכן	0	0	מס' טלפון סולארי	0
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת			
שם הרופא המקצועי המטפל			שם רופא המשפחה המטפל		
ד"ר איתמר בוצר					
2. ביטוחי בריאות נוספים	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 משלים אחר? ☐ לא ☐ כן, בחברת _____ האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? ☐ לא ☐ כן, בחברת _____				
3. פירוט הבקשה לאישור ולתיאום ניתוח	☐ האם יש השתתפות של קופ"ח? ☐ לא ☐ כן, אמצעי התחייבות מקופ"ח (ט' 17): ☐ לרופא ולבי"ח ☐ לרופא ☐ לבי"ח ☐ בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט _____				
	פרטי ההוצאה				
	התיעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח				
	אחר - 1.				
	2.				
	3.				
4. אופן תשלום התביעה	☐ נא להעביר לזכות חשבוני: בבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון	

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי, לרבות קופ"ח ובי"ח, 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 לקרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצב בריאותי ו/או מצוי בידיו חומר כזה שהועבר על ידי צד ג' כלשהו למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקשת") 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 מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת 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 מי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך _____ שם משפחה ופרטי _____ מס' ת.ז. _____ חתימה **x** _____

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח - חלק הרופא המטפל

חלק ב' - למילוי ע"י הרופא

רופא/ה נכבד/ה,
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא עני/ה על כל השאלות שלהלן:
למילוי בידי הרופא/ה המטפל/ה - חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה / ילדים.

שם המשפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.	
1. פרטי המבוטח					
2. המבוטח בטיפול החל מתאריך:		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מתאריך	
שנה		חודש			
3. האבחנה		האבחנה הנוכחית:			
		הסיבה לניתוח: ת.דרכים/ ת.עבודה/ ת.ספורט/אחר			
המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -		התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -		הצורך בניתוח נקבע בתאריך -	
שם המשפחה		שם הפרטי		ההתמחות	
בוצר		איתמר		אורטופדיה	
4. פרטי הרופא המטפל		מס' טלפון		מס' טלפון סלולארי	
שחור		6		03-6482333	
רחוב		מס' בית		מס' פקס	
שחור		6		03-6482377	
שחור		מיקוד		מס' פקס	
שחור		69482		03-6482377	
שחור		תל אביב		שחור	

חתימת הרופא וחותמת

תאריך

למילוי בידי הרופא המנתח - טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות לתשלום כלשהו.

שם הניתוח המומלץ:		1. פרטים על הניתוח המומלץ	
בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:			
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך		בב"ח	
2. הערות נוספות			
שם המשפחה		שם הפרטי	
בוצר		איתמר	
3. פרטי הרופא המנתח		ההתמחות	
שחור		אורטופדיה	
רחוב		מס' בית	
שחור		6	
שחור		מיקוד	
שחור		69482	
שחור		תל אביב	
שחור		מס' פקס	
שחור		03-6482377	

חתימת הרופא וחותמת

תאריך