כלל בריאות
מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח - חלק א' למילוי ע"י המבוטח

נא לשלוח לפקס: 03 - 6392398

מבוטח נכבד,
על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך על מילוי הטופס. לתשומת ליבך, חלק ב' של הטופס ימולא ע"י הרופא המטפל. את שני חלקי הטופס המלאים, יש לשלוח ל- "כלל בריאות" באמצעות הפקס, בצירוף מסמכים רפואיים, כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון, אם קיימים, קבלות מקוריות וכל מסמך רפואי רלוונטי אחר.

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

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	יישוב	מיקוד	מס' פקס
				0

שם מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי
	0	0	0

שם מקום העבודה של בן / בת הזוג	מס' טלפון בעבודה	כתובת דוא"ל של המבוטח
	0	E.MAIL:

שם קופת החולים	הסניף	פרטי סוכן הביטוח: שם פרטי ומשפחה ומס' טלפון
		0

שם הרופא **המקצועי** המטפל	שם רופא **המשפחה** המטפל

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, אמציא התחייבות מקופ"ח (ט' 17):
❑ לרופא ❑ לבי"ח ❑ לרופא ולבי"ח

❑ בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט

פרטי ההוצאה	הסכום ב- ₪	תאריך
התייעצות 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 אודותיי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחו"ת האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי. הנני 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.
הנני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובותיי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך:	שם משפחה ופרטי	מס' ת.ז.	חתימה
			X

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

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל- אביב 66180 ❖ טלפון 6388388 - 03 ❖ אתר אינטרנט http://health.clalbit.co.il
מוקד בריאות: טלפון 5590* / 6388400 - 03 ❖ פקס 6392398 -03

כלל בריאות
מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח - חלק ב' למילוי ע"י הרופא המטפל

נא לשלוח לפקס: 03 - 6392398

רופא/ה נכבד/ה,
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא עני/ה על כל השאלות שלהלן:

חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה / ילדים.

1. פרטי המבוטח	שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.

2. הטיפול במבוטח	המבוטח בטיפולי החל מתאריך:		**מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח**	**מתאריך**
	שנה	חודש		

3. האבחנה

האבחנה הנוכחית:

הסיבה לניתוח: ת.דרכים / ת. עבודה / ת. ספורט / אחר

המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -	התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -	הצורך בניתוח נקבע בתאריך -

4. פרטי הרופא	שם המשפחה: בוצר	שם הפרטי: איתמר	ההתמחות: אורטופדיה	מס' טלפון: 03-5505021	מס' טלפון סלולרי: 054-8080350
	רחוב: אינשטיין	מס' בית: 40	יישוב: תל אביב	מיקוד:	מס' פקס: 03-5505135

תאריך:

חתימת הרופא וחותמת X

חלק זה ימולא ע"י הרופא המנתח

1. פרטים על הניתוח המומלץ	שם הניתוח המומלץ:	
	בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:	
	את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך	**בבי"ח**

2. הערות נוספות

3. פרטי הרופא	שם המשפחה: בוצר	שם הפרטי: איתמר	ההתמחות: אורטופדיה	מס' טלפון: 03-5505021	מס' טלפון סלולרי: 054-8080350
	רחוב: אינשטיין	מס' בית: 40	יישוב: תל אביב	מיקוד:	מס' פקס: 03-5505135

תאריך:

חתימת הרופא וחותמת X

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

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל- אביב 66180 ❖ טלפון 6388388 - 03 ❖ אתר אינטרנט http://health.clalbit.co.il
מוקד בריאות: טלפון 5590* / 6388400 - 03 ❖ פקס 6392398- 03