

חלק א - למילוי בידי המבוטח

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך 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.

מספר הפוליסה	תאריך לידה	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	פרטי המבוטח															
מספר פקס	מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב																
0																				
מספר טלפון סלולרי	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בעבודה	שם מקום העבודה																	
0	0	0																		
מספר טלפון סלולרי	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בעבודה	שם מקום העבודה של בן/בת זוג																	
0	0	0																		
הכתובת			הסניף	שם קופת החולים																
שם רופא המשפחה המטפל			שם הרופא המקצועי המטפל																	
ביטוחי בריאות נוספים																				
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____																				
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____																				
האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, משנת _____ מסוג _____																				
האם יש לך ביטוח משלים אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בחברת _____																				
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בחברת _____																				
פירוט התביעה																				
<input type="radio"/> בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית-חולים ציבורי או בבית-חולים פרטי במימון קופת-חולים או הביטוח המשלים. (נוסף על דוח הרופא שבטופס זה יש לצרף דוח ניתוח בגין הניתוח שבוצע).																				
<input type="radio"/> בקשה לפיצוי בגין מחלה קשה / מוות / אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח וכדומה.																				
<input type="radio"/> בקשה להחזר 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 הוצאה (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 בש"ח	פרטי הוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')												
תאריך	הסכום בש"ח	פרטי הוצאה (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. לתשומת 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 ו/או לשלוחיה עובדיה וכל מי מטעמה (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 שאנחלה בה בעתיד ו/אני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו "כלפי המבקש". כתב ויתור זה מחייב את עובדינו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים. ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החוזרים ולשוב 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 _____ שם משפחה ופרטי _____ מספר זהות _____ חתימה _____

חלק ב - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

רופא נכבד,

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

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

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			
	המבוטח בטיפולי החל מתאריך		שנה		חודש		מתאריך	
הטיפול במבוטח	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מתאריך					
האבחנה	האבחנה הנוכחית							
	<p>המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -</p> <p>התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -</p>							
<p>האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> תאונת דרכים</p> <p>אם כן, פרט _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>								