

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. **טופס 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 תרופות ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.** על-מנת לזרז את הטיפול בפנייתך, יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים רלוונטיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה, חשבונית/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה מקופת החולים ו/או כל רופא מקצועי/מומחה רלוונטי אחר.

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
	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 הרופא המקצועי המטפל			שם רופא המשפחה המטפל		
ביטוחי 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 הגשת בקשת תביעה לקופת החולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן				
האם אושרה בקשת התביעה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> חלקי					
פרט (נא לצרף מסמכים רלוונטיים מקופת-החולים) _____					

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 לאישור מראש עבור רכישת התרופות על-ידי חברת הביטוח. <input type="radio"/> בקשה לאישור מראש עבור החזר הוצאות לרכישת תרופות על ידי. <input type="radio"/> בקשה להחזר הוצאות תרופות שנרכשו - במקרה זה יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט:				
	שם התרופה	הסכום בש"ח	תאריך רכישה		
אופן תשלום התביעה	אם ברצונך לקבל את התשלום ישירות לחשבון הבנק, יש למלא את הפרטים שלהלן ולצרף צילום שיק מבוטל או אישור הבנק על פרטי החשבון.				
	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון	

אני/אנו 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, למלא ולמסור למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד גורם 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 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 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 _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר החשבון _____ 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.

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 בטיפולי החל מתאריך שנה חודש	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח			
	מתאריך			
האבחנה	האבחנה הנוכחית			
	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
	המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -	הצורך בתרופה נקבע בתאריך -	
טיפולם תרופתיים שניתנו עד כה לטיפול	האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> תאונת דרכים			
	אם כן, פרט _____			
_____ _____ _____				

תאריך _____ חתימת הרופא וחותמת
