

נספח ב'

טופס תביעת בריאות - ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה/מחלה קשה

אריאל, תל אביב

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. מובהר כי קבלת טופס זה על ידי המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח.

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.

| | | | | | |
|----------|-------|---------------|-------------|-------------|-------------------------|
| מחלה קשה | השתלה | טיפול מיוחד ✓ | ניתוח שבוצע | ניתוח עתידי | סוג התביעה (יש לסמן X): |
|----------|-------|---------------|-------------|-------------|-------------------------|

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

| שם המשפחה | שם פרטי | מס' ת.ז. | ת. לידה | מס' פוליסה |
|--|----------------|-------------|--------------|------------|
| | | | | |
| רחוב | בית | יישוב | מיקוד | מס' פקס |
| | | | | 0 |
| שם מקום העבודה של בעל הפוליסה | טלפון בעבודה | טלפון בבית | טלפון סלולרי | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 |
| כתובת מייל | שם סוכן הביטוח | טלפון הסוכן | טלפון סלולרי | |
| | | 0 | 0 | 0 |
| <p>מעבר מידע בין החברות בקבוצת כלל, שמירה במאגרי מידע- הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נוהגת קבוצת כלל לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת כלל, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה.</p> <p>הסכמה לפניה באמצעי תקשורת אלקטרונית- מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת כלל תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אליי באמצעים אלקטרוניים שונים, בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.</p> | | | | |
| חתימת המבוטח X _____ | | | | |

| שם קופת החולים | הסניף | הכתובת | |
|--|--|--|-------|
| | | | |
| שם הרופא המקצועי המטפל | שם רופא המשפחה המטפל | | |
| | | | |
| 2. ביטוחי בריאות נוספים | האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? | כן, פרט: _____ | לא |
| | האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? | כן, פרט: _____ | לא |
| | האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? | כן, משנת _____ מסוג _____ | לא |
| | האם יש לך ביטוח משלים אחר? | כן, בחברת _____ | לא |
| | האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? | כן, בחברת _____ | לא |
| | | | |
| 3. למלא במקרה של בקשה לאישור ולתיאום ניתוח/טיפול מיוחד/שתלה | האם יש השתתפות של קופ"ח? | כן, אמציא התחייבות מקופ"ח (ט' 17): _____ | לא |
| | <input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט | | |
| 4. למלא במקרה של תביעה להחזר הוצאות או פיצוי | פרטי ההוצאה / הדיקה / תרופות | הסכום ב- ₪ | תאריך |
| | התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח | | |
| | אחר-1. | | |
| | 2. | | |
| 3. | | | |
| 4. למלא במקרה של תביעה להחזר הוצאות או פיצוי | <input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבי"ח ציבורי או בבי"ח פרטי במימון קופ"ח או הביטוח המשלים (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח וסיכום מחלה בגין הניתוח שבוצע). | | |
| | <input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין מחלה קשה / מוות / אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח וכדומה. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט: | | | |

| תאריך | הסכום ב- ₪ | פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו') | |
|--|------------|--|------------------------------|
| | | | ↙ |
| | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> נא להעביר לזכות חשבוני: | | | 5. |
| מס' חשבון | מס' הסניף | שם הסניף | בבנק |
| | | | ↙ אופן תשלום התביעה |

| תאריך | שם משפחה ופרטי | מס' ת.ז. | חתימה |
|-------|----------------|----------|-------|
| | | | ✕ |