

הגשת תביעה לפוליסת ניתוחיים  
באמצעות פקס 03-7608032  
לפניות וברורים בנושא תביעה  
מוקד שירות לקוחות בטלפון: 03-7107957 או 2066\*

## הנחיות להגשת תביעה על פי פוליסת ניתוחיים

### מבוטח/ת נכבד/ה,

על מנת לממש את זכויותיך על-פי הפוליסה אנא העבר אלינו לכתובת: **מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות בריאות וסיעוד, רח' אלנבי 115, תל אביב 61008 או באמצעות הפקס: 03-7608032**, טופס תביעה לפוליסת ניתוחיים בצרוף המסמכים המפורטים להלן.

### טלפון לפניות וברורים בנושא התביעה: 03-7107957

באם הנך מעוניין שסוכן הביטוח בפוליסה יטפל בתביעה יש למלא ולחתום על פיסקת מינוי סוכן בטופס התביעה.

הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:

1. טופס תביעה מלא: חלק א' ימולא על ידי המבוטח ויחתם על ידו, חלק ב' ימולא על ידי הרופא המטפל.
2. מכתב הפניה לניתוח של הרופא מטפל או רופא מומחה.
3. צילום מסמכים רפואיים: סיכום שחרור/גיליון ניתוח ואבחנות מרופא מומחה.
4. צילום המחאה מבוטלת / אסמכתא מהבנק בנוגע לפרטי חשבון בנק המבוטח.
5. קבלות מקוריות על תשלומים בגין ניתוח שבוצע באופן פרטי.

### מה צפוי בהמשך

לאחר קבלת כל המסמכים שנדרשו, נודיעך בכתב את החלטתנו באשר לתביעתך לקבלת תגמולי ביטוח בהתאם להוראות הפוליסה.

### התיישנות

בתביעת ניתוחיים ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע. הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

02.13 "אמ"מ

בכבוד רב,

**מחלקת תביעות בריאות**  
**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

## טופס תביעה פוליסת ניתוחיים

אנא הקפד/י למלא טופס זה באופן מלא ומדויק.  
יש להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו לכתובת: מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ,  
מחלקת תביעות בריאות וסיעוד, רח' אלנבי 115, תל אביב 61008 או באמצעות הפקס: 03-7608032.

### חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

מס' פוליסה:	מס' פוליסה:	מס' פוליסה:	מס' פוליסה:
-------------	-------------	-------------	-------------

#### א. פרטי המבוטח

שם משפחה:	שם פרטי:	מספר זהות:	תאריך לידה:
כתובת:	רח' מס' בית	מס' דירה	כניסה
עיר	מיקוד	ת.ד.	מס' טלפון:
טלפון נייד:	איש קשר:		
דוא"ל אני <input type="checkbox"/> מסכים / לא מסכים כי כל מסמך / מידע הקשור בתביעה יועבר אלי בדואר אלקטרוני לכתובת הרשומה לעיל, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.			
מקום עבודה/עיסוק	שם קופת החולים	סניף	שם הרופא המטפל

#### ב. הגשת תביעה באמצעות סוכן הביטוח

שם הסוכן:	כתובת הסוכן:
מס' טלפון הסוכן:	מס' פקס הסוכן:
כתובת דואר אלקטרוני של הסוכן:	
הריני מאשר/ת בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח (להלן - "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.	
תאריך	חתימה: X

#### ג. הצהרת המבוטח או התובע בשמו:

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתיי לעיל הינן מלאות ונכונות, ידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח לפיצוי על פי הפוליסה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה: X

יחס הקירבה של החותם למבוטח (אם אינו המבוטח) \_\_\_\_\_

**ד. פרטים נוספים:**

1. האם נותחת או עומד בפני ניתוח?  כן  לא  
אם כן, פרט סוג הניתוח \_\_\_\_\_ מועד הניתוח \_\_\_\_\_ ושם בית החולים \_\_\_\_\_
2. האם הניתוח בוצע בתשלום?  כן  לא  
אם כן, צרף קבלות מקוריות על תשלום.
3. האם הניתוח בוצע בבי"ח ציבורי או בבית חולים פרטי במימון קופת חולים או הביטוח המשלים? \_\_\_\_\_

**פרטיים רפואיים:**

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן \_\_\_\_\_ תאריך אבחנת המחלה וע"י מי \_\_\_\_\_  
האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל בשנתיים האחרונות?  כן  לא  
פרטי שם הרופא וכתובתו: \_\_\_\_\_  
תאריכי טיפול: \_\_\_\_\_

**האם יש לך ביטוחים רפואיים נוספים:**

האם תבעת או עומד לתבוע או זכאי לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר  כן  לא  
בקשר לתשלום פיצויים בגין פגיעתך/מחלתך הני"ל?  
שם הגורם הנתבע \_\_\_\_\_ מס' הפוליסה \_\_\_\_\_ מס' תביעה \_\_\_\_\_

**ה. כתב ויתור על סודיות רפואית:**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ נושא ת"ז מס': \_\_\_\_\_ מרשה בזאת לכל רופא, בית חולים, קופת חולים, מרפאה, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, מוסדות משרד הביטחון או כל מוסד אחר, למסור לבי"ח "מנורה מבטחים" חברה לביטוח וגם/או ל \_\_\_\_\_, כל אינפורמציה שתידרש ע"י כ"ב הני"ל ו/או כל אינפורמציה בקשר למחלותי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותי ו/או כל מסמך אודותי, רפואי וגם אחר.  
הנני מותר/ת בזה על החיסיון והסודיות הרפואית לפי כל דין, בנוגע לכל הפרטים, במסמכים, ידיעות ותעודות שימסרו לבי"ח וכאמור לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ X

**א. פרטי חשבון בנק**

**לצורך העברת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק יש לצרף צילום המחאה וכן לציין את פרטי החשבון:**

שם המבוטח/ת \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
1. נותן/ת בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו אהיה זכאי/ת בהתאם לפוליסה/ות מספר \_\_\_\_\_ יועבר ע"י "מנורה מבטחים" לחשבון מס' \_\_\_\_\_ ע"ש \_\_\_\_\_  
שם בנק \_\_\_\_\_ מס' סניף \_\_\_\_\_ כתובת הסניף \_\_\_\_\_  
2. רישום העברת הכספים לחשבוני ב"מנורה מבטחים" תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין ולא תהייה לי כל טענה ו/או תביעה ל"מנורה מבטחים" בכל הקשור לכספים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ X

02.13 "אפי"

## חלק ב' - למילוי על ידי הרופא המטפל

### א. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

שם משפחה ופרטי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש	מספר ילדים
1. ציין/י את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך? _____			
2. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין/י כל הפרטים הרפואיים): _____			
3. האם דרוש ביצוע ניתוח? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט: _____			
4. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות: <input type="checkbox"/> רנטגן <input type="checkbox"/> א.ק.ג. <input type="checkbox"/> אנדוסקופיה (כגון בדיקת קיבה או מעי הגס) <input type="checkbox"/> טומוגרפיה ממוחשבת וכו' אם כן מתי, מדוע, באיזה מוסד ומהן התוצאות? _____			
בדיקות אחרות _____			
5. מועד התחלת המחלה/הפגיעה _____			
6. האם אפשר לייחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעה גוף קודמת (ציין/י פרטים): _____			
7. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח <input type="checkbox"/> החלים, פרט/י _____ <input type="checkbox"/> הורע, פרט/י _____ <input type="checkbox"/> ללא שינוי, פרט/י _____			
8. האם נערכה בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן פרט/י סוג הבדיקה, מועד ותוצאותיה _____			
9. נשים בלבד (מלאי מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום) האם נבדקה בבדיקה ממוגרפיה (בדיקת שדיים)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט/י _____			

### ב. הצהרת הרופא המטפל

אני החתום מטה (שם הרופא) \_\_\_\_\_ בעל רישיון רופא מס' \_\_\_\_\_, מאשר בזה שבדקתי את המבוטח/ת שפרטיו לעיל וכי הפרטים הנוגעים למצבו/ה הרפואי והסיעודי כמפורט לעיל הינם, למיטב ידיעתי, אמת.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא המטפל: X \_\_\_\_\_

02.13 "אמ"

**חוזר יישוב תביעות 11.2013**