

הנני מעוניין/ת להגיש תביעה בגין (נא סמן X במשבצת המתאימה):

- השתלות טיפולים מיוחדים בחו"ל ניתוחים בחו"ל כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים בארץ ושירותים רפואיים
 טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים טיפולים מחליפי ניתוח מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים
 חוות דעת נוספת בחו"ל רפואה משלימה

חלק א': למילוי ע"י המבוטח

1. פרטי מבוטח ראשי			
שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	
2. פרטי מבוטח			
שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	תאריך לידה
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סולארי	
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת	
שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל	כתובת דוא"ל	@
3. פרטי חשבון הבנק – אבקש להעביר את תגמולי הביטוח אם וכלל שמגיעים לי או למי מבני משפחתי			
לבנק	מס' סניף	שם הסניף	
מס' חשבון	ע"ש		

3. סוג התביעה

ניתוח
אנא סמן כיצד תבצע/בצעת?
 א. פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת קופת חולים – יש לצרף מכתב שחרור וזאת בנוסף על דו"ח הרופא.
 ב. בקשה לאישור ותיאום ניתוח – על הרופא המנתח למלא פרטים בחלק ב' לטופס זה.
 ג. בצוע ניתוח באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות מקוריות ודו"ח ניתוח.

החזר הוצאות רפואיות (רפואה משלימה, אמבולטורי ותרופות)
 יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות (או העתק נאמן למקור) ומסמכים רפואיים בנוסף למילוי הרופא המנתח בחלק בטופס

תאריך	פרטי אירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, קבלת טיפול אלטרנטיבי וכו')

4. ביטוח בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?	כן	לא	פרט _____
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?	כן	לא	פרט _____
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	כן	לא	פרט _____
האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר?	כן	לא	פרט _____
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?	כן	לא	פרט _____

הצהרת ויתור על סודיות רפואית (במקרה של קטין חתימה של שני ההורים)

אני הח"מ, המועמד/ת לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן/ת בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או לחברות ביטוח ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקשים"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר/ת אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ"

תאריך	שם פרטי ומשפחה	ת"ז	חתימה