

טופס הגשת תביעה - לפוליסת ביטוח בריאות לעובדי האוניברסיטה העברית

מבוטח/ת יקר/ה

1. כמבוטח במסגרת פוליסה קולקטיבית לעובדי האוניברסיטה העברית ובני משפחותיהם, באפשרותך להגיש תביעה בהתאם לתנאי הפוליסה לביטוחים הבאים:

מתנת חיים:

- השתלוח בארץ ובחו"ל – בכפוף להוראות החוק להשתלוח איברים התשס"ח 2008.
- ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.
- ניתוחים בחו"ל.
- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.
- ניתוחים נבחרים ושירותים רפואיים.

מתנת חיים זהב:

- ניתוחים ושירותים רפואיים.
- טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים.
- טיפולים מחליפי ניתוח.
- חוות דעת נוספת בחו"ל.

- שירותים נוספים: רפואה משלימה
- חבילת שירותים במהלך ההיריון ולילודת.

מתנת חיים פלטיניום:

- ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים.
- ביקור רופא עד הבית / המשרד 24 שעות ביממה.
- שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה.
- עזרה ראשונה ברפואת שיניים.
- טיפולים פסיכולוגיים.
- מנוי בעת אירוע לב.

2. לנוחיותך, הנחיות למילוי הטופס והמסמכים הדרושים לנו לטיפול בתביעתך.

במידת הצורך אל תהסס לפנות למוקד השרות שלנו בטלפון 1-700-720-099 שישמח לעזור ולייעץ לך.

כללי: לטיפול יעיל בתביעתך אנא הקפד למלא הפרטים ולחתום במקומות המצויינים.

להלן פירוט האישורים הנחוצים לטיפול בתביעתך לפי סוגי התביעות:

מתנת חיים:

- **השתלוח בארץ ובחו"ל** – בכפוף להוראות החוק להשתלוח איברים התשס"ח 2008:

ניתוח מבית חולים, קבלות מקוריות במידה והניתוח בוצע באופן פרטי, מסמכים רפואיים המצויינים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.

- **טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים:**

טופס תביעה, הפניה לטיפול, ייעוץ אצל רופא מומחה המפרט אודות הבעיה ונסיבות הבעיה, בדיקות מעבדה ו/או בדיקות אבחוניות אודות הבעיה, סיכום תוצאות הטיפול, קבלות מקוריות.

- **טיפולים מחליפי ניתוח:**

טופס תביעה, הפניה רפואית לטיפול, המלצה לניתוח מרופא מטפל, ייעוץ אצל רופא מומחה המפרט אודות הבעיה ונסיבות הבעיה, בדיקות מעבדה ו/או בדיקות אבחוניות אודות הבעיה, סיכום תוצאות הטיפול, קבלות מקוריות.

- **חוות דעת נוספת בחו"ל:**

טופס תביעה, סיכום ייעוץ רופא מהארץ, סיכום ייעוץ/חוות הדעת מהרופא בחו"ל, קבלות מקוריות

- **שירותים נוספים: רפואה משלימה:**

טופס תביעה, מכתב הפניה של רופא מטפל בקופ"ח אודות הסיבה לטיפול, סיכום מחלה מבי"ח אם יש, דו"ח אבחנות מרופא מומחה מטפל, קבלות מקוריות (כשמפורט בהן מס טיפולים וסכום בגין כל טיפול).

- **חבילת שירותים במהלך ההיריון ולילודת:**

טופס תביעה, הפניה לפעולה, סיכום פעולה, קבלות מקוריות.

מתנת חיים פלטיניום:

- **ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים:**

הפניה לטיפול, ייעוץ אצל רופא מומחה המפרט אודות הבעיה ונסיבות הבעיה, בדיקות מעבדה ו/או בדיקות אבחוניות אודות הבעיה, סיכום תוצאות הטיפול, קבלות מקוריות

- **עזרה ראשונה ברפואת שיניים:**

טופס תביעה, סיכום פעולה של רופא השיניים עם פירוט לפעולה שבוצעה, קבלות מקוריות.

- **טיפולים פסיכולוגיים:**

טופס תביעה, הפניה רפואית מטפל מקופ"ח עם תיאור הבעיה הרפואית, קבלות מקוריות (כשמפורט בהן מס טיפולים וסכום בגין כל טיפול).

- **מנוי בעת אירוע לב:**

טופס תביעה, דוחות רפואיים אודות המצב הרפואי המאשר אירוע לב, קבלות מקוריות ששולמו למנוי.

- **ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל:**

1. לניתוח באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג'), מסמכים רפואיים המצויינים בידי המבוטח וקשורים לניתוח, הפניה לניתוח.

2. לניתוח שלא באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב'), סיכום ניתוח מבית חולים, קבלות מקוריות במידה והניתוח בוצע באופן פרטי, כל המסמכים רפואיים המצויינים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.

- **תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות:**

טופס תביעה, מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע, המלצה של רופא מומחה המעיד על הצורך בתרופה, שם התרופה ומשך הטיפול בה כולל מרשם, קבלות מקוריות, דחיית קופ"ח את כיסוי התרופה.

- **ניתוחים נבחרים ושירותים רפואיים:**

1. לניתוח באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג'), מסמכים רפואיים המצויינים בידי המבוטח וקשורים לניתוח, הפניה לניתוח.

2. לניתוח שלא באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב'), סיכום ניתוח מבית חולים, קבלות מקוריות במידה והניתוח בוצע באופן פרטי, כל המסמכים רפואיים המצויינים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.

מתנת חיים זהב:

- **ניתוחים ושירותים רפואיים:**

1. לניתוח באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג'), מסמכים רפואיים המצויינים בידי המבוטח וקשורים לניתוח, הפניה לניתוח.

2. לניתוח שלא באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב'), סיכום

סוג תביעה:

מתנת חיים:

- השתלות בארץ ובחו"ל ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל ניתוחים בחו"ל
 תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים נבחרים ושירותים רפואיים

מתנת חיים זהב:

- ניתוחים ושירותים רפואיים טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים טיפולים מחליפי ניתוח
 חוות דעת נוספת בחו"ל שירותים נוספים: רפואה משלימה חבילת שירותים במהלך ההיריון ולילודת.

- מתנת חיים פלטיניום: ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים עזרה ראשונה ברפואת שיניים
 טיפולים פסיכולוגיים מנוי בעת אירוע לב.

1. פרטים מזהים של המבוטח

שם משפחה		שם פרטי		ת.ז.	תאריך לידה
כתובת מגורים	רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	
טלפון בית			טלפון נייד		

2. פרטים על מקום העבודה

שם מקום העבודה		סניף/מתקן	מקצוע/עיסוק	טלפון בעבודה
האוניברסיטה העברית				
מס' חבר/עובד	תאריך הפסקת עבודתך	האם חזרת לעבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן פרט/צורף אישורי מעביד		

3. פרטים רפואיים

במקרה מחלה	במועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת טיפול ראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
פרט			
במקרה תאונה	תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת האירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום האירוע התאונה/הפגיעה
פרט			
שמות הרופאים המטפלים בארוע		כתובתם	תאריך טיפול
1.		1.	1.
2.		2.	2.
שם בית החולים המטפל			
האם הינת מאושפז כעת בבית חולים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט			
האם נותחת או שאתה עומד לפני ניתוח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט			
האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט			
האם אתה מסוגל לחזור לעבודה כלשהי? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט			

4. ניתוח

- אנא סמן כיצד תבצע / בצעת?
 א. פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת קופת חולים - יש לצרף מכתב שחרור וזאת בנוסף על דוח הרופא.
 ב. בקשה לאישור ותיאום ניתוח - על הרופא המטפל והרופא המנתח למלא הפרטים בחלקים ב' ו- ג' לטופס זה. האם יש השתתפות של קופת חולים?
 ג. לא כן - אמציא התחייבות מקופ"ח.
 ד. בצוע ניתוח באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות מקוריות ודו"ח ניתוח.

החזר הוצאות רפואיות

יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) ומסמכים רפואיים בנוסף למילוי הרופאים המטפלים בחלקים ב' ו- ג' בטופס.

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

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דברים הקשורים עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי חוק העל-מת פרטים בהצהרתי זו או אי מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי עפ"י הפוליסה.

תאריך	חתימה

חלק ב - למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים

1. פרטי המבוטח		
שם המשפחה	השם הפרטי	מס' ת.ז.

2. הטיפול במבוטח	
המבוטח בטיפולי החל מתאריך _____	
מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך

3. האבחנה	
האבחנה הנוכחית _____	
המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך _____	
התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו מתאריך _____	
הצורך בנייתוח נקבע בתאריך _____	
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: _____	
תאונת עבודה <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____	
תאונת דרכים <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____	

4. פרטי הרופא				
שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך			חתימת וחותמת הרופא	

חלק ג - למילוי בידי הרופא המנתח

1. פרטים על הניתוח המומלץ	
שם הניתוח המומלץ: _____	
בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____	
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____	
בבית חולים: _____	

2. הערות נוספות	

3. פרטי הרופא				
שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך			חתימת וחותמת הרופא	

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		שם האב
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור לאיילון חברה לביטוח (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהלן ו/או איילון חברה לביטוח כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנה הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל, לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השרותים	רופאים	מכונים/מעבדות	
מוסדות רפואיים	1.	1.	
בתי חולים,	2.	2.	
מרפאות,	3.	3.	
רופאים פרטיים וכו'.	4.	4.	

קופ"ח קודמת		מרפאה קודמת	
שם האב	ת.ז.	שם האם	ת.ז.
במקרה של קטין			

תאריך	עד לחתימה	ת.ז.	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)