

**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 שלושה חלקים אשר ימולאו על-ידי שלושה גורמים שונים: חלק א' – נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' – למילוי בידי הרופא המטפל וחלק ג' – למילוי בידי הרופא המנתח.** 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 הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.** יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבונית/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

שים לב!

אם אתה זכאי לכיסוי הניתוח על-ידינו ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, באמצעות הביטוח המשלים של קופת-חולים או כל גורם אחר, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בגין אי-תביעת הפוליסה.

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	
	שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת	שם רופא המשפחה המטפל		
שם הרופא המקצועי המטפל					
ביטוחי בריאות 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 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 הבקשה לאישור ולתיאום ניתוח	האם יש השתתפות של קופת החולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אמצאי התחייבות מקופת חולים (ט' 17):				
	<input type="radio"/> לרופא <input type="radio"/> לבית החולים <input type="radio"/> לרופא ולבית החולים				
	החזר הוצאות רפואיות – יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) – פירוט ↓				
	פרטי הוצאה	הסכום בש"ח	תאריך		
התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע ניתוח					
אחר – 1.					
2.					
3.					
אופן תשלום התביעה	אם הנך מבקש לקבל את התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.				
	בבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון	

אני/נו 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 ולמשרד הבטוח ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם 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 משהחרי/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו "כלפי המבקש". כתב ויתור זה מחייב את עובדינו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו 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 \_\_\_\_\_ משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ זיהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**למילוי בידי הרופאים**

רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

**חלק ב – למילוי בידי רופא מקצועי מטפל**  
חלק זה ימלא על-ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

מספר טלפון סלולרי	מספר טלפון	ההתמחות	שם פרטי	שם המשפחה	<b>פרטי הרופא</b>
מספר פקס	מיקוד	ישוב	מספר בית	רחוב	
מספר זהות		שם פרטי		שם משפחה	<b>פרטי המבוטח</b>
<b>מתאריך</b>	<b>מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח</b>				<b>הטיפול במבוטח</b>
			שנה	חודש	
<b>האבחנה</b>					
האבחנה הנוכחית					
הצורך בנייתוח נקבע בתאריך -		התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -		המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -	
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> תאונת דרכים					
אם כן, פרט _____					

חתימת הרופא וחותמת

תאריך \_\_\_\_\_

**חלק ג – למילוי בידי הרופא המנתח**  
טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

מספר טלפון סלולרי	מספר טלפון	ההתמחות	שם פרטי	שם המשפחה	<b>פרטי הרופא</b>
מספר פקס	מיקוד	ישוב	מספר בית	רחוב	
שם הניתוח המומלץ:					<b>פרטים על הניתוח המומלץ</b>
בדיקות וטיפולים מומלצים על-ידי:					
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך:			בבית-חולים:		<b>הערות נוספות</b>

חתימת הרופא וחותמת

תאריך \_\_\_\_\_