

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח - חלק המבוטח

נא לשלוח לפקס: 03-6388918

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.

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו. יש לצרף לטופס זה צילום ספח תעודת זהויה, מסמכים רפואיים, כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון, אם קיימים, קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

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.

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

1. פרטי המבוטח	שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	ת. לידה	מס' פוליסה
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
	שם מקום העבודה של בעל הפוליסה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סולרי	0
	שם סוכן הביטוח	מס' טלפון הסוכן	0	מס' טלפון סולרי	0
	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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, משנת _____ מסוג _____ האם יש לך ביטוח משלים אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____ האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____				
3. פירוט הבקשה לאישור ולתיאום ניתוח	<input type="checkbox"/> האם יש השתתפות של קופ"ח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אמצעי התחייבות מקופ"ח (ט' 17): <input type="checkbox"/> לרופא ולב"ח <input type="checkbox"/> לב"ח <input type="checkbox"/> לרופא <input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט _____				
	פרטי ההוצאה	הסכום ב- ש"ח	תאריך		
	התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח				
	אחר - 1. _____				
	2. _____				
	3. _____				
4. אופן תשלום התביעה	בבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון	
	<input type="checkbox"/> נא להעביר לזכות חשבוני: <input type="checkbox"/> במידה והתביעה תאושר התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.				

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי, לרבות קופ"ח ובי"ח, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות המקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או לקרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצב בריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על ידי צד ג' כלשהו למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקשת") כל מידע רפואי אודותיי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי. אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או מי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתיי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך _____ שם משפחה ופרטי _____ מס' ת.ז. _____ חתימה **x** _____

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח - חלק הרופא המטפל
נא לשלוח לפקס: 03-6388918

חלק ב' - למילוי ע"י הרופא

רופא/ה נכבד/ה,
 על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענייה על כל השאלות שלהלן:
למילוי בידי הרופא/ה המטפל/ה - חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפלת/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה / ילדים.

1.	שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
2.	המבוטח בטיפולי החל מתאריך:	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	
		שנה	חודש
3.	האבחנה הנוכחית:		
	הסיבה לניתוח: ת.דרכים/ ת.עבודה/ ת.ספורט/אחר		
4.	שם המשפחה	שם הפרטי	ההתמחות
	רחוב	מס' בית	יישוב
מס' טלפון סלולרי		מס' טלפון	מס' פקס
0		0	0

תאריך

חתימת הרופא וחותמת *

למילוי בידי הרופא המנתח - טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות לתשלום כלשהו.

1.	שם הניתוח המומלץ:
2.	בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:
	את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך
3.	שם המשפחה
3.	שם הפרטי
	רחוב
מס' טלפון סלולרי	
0	
מס' פקס	
0	

תאריך

חתימת הרופא וחותמת *