

# בקשה לאישור ולתיאום ניתוח - חלק המבוטח

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.

## 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 שלושה חלקים. 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 למטפל או לרופא מקצועי, 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, חשבוניות/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.

## חלק א - למילוי בידי המבוטח

|                              |                      |                 |                   |              |
|------------------------------|----------------------|-----------------|-------------------|--------------|
| שם המשפחה                    | השם הפרטי            | מספר הזהות      | תאריך הלידה       | מספר הפוליסה |
| רחוב                         | מספר בית             | יישוב           | מיקוד             | מספר פקס     |
| שם מקום העבודה               | מספר טלפון בעבודה    | מספר טלפון בבית | מספר טלפון סלולרי | 0            |
| שם מקום העבודה של בן/בת הזוג | מספר טלפון בעבודה    | מספר טלפון בבית | מספר טלפון סלולרי | 0            |
| שם קופת החולים               | הסניף                | הכתובת          |                   |              |
| שם הרופא המקצועי המטפל       | שם רופא המשפחה המטפל |                 |                   |              |

  

|  |
|--|
| 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 בריאות 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 _____               |

  

האם יש השתתפות של קופת החולים?  לא  כן, אמצאי התחייבות מקופת חולים (ט' 17):

לרופא  לבית החולים  לרופא ולבית החולים

החזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט ↓

| תאריך  | הסכום בש"ח | פרטי ההוצאה |
|--|------------|-------------|
| <b>התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכום שביצע הניתוח</b> |            |             |
| אחר - 1.   |            |             |
| 2.   |            |             |
| 3.   |            |             |

  

4. אופן תשלום התביעה

אם הנך מבקש לקבל את התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. לתשומת לבך, אם לא יצורף האמור לעיל, יועבר התשלום בהמחאה.

שם הבנק \_\_\_\_\_ מספר החשבון \_\_\_\_\_

שם הסניף \_\_\_\_\_ מספר הסניף \_\_\_\_\_

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת-חולים ובתי-חולים, 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 למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר עליי צד ג' כלשהו למסור להראל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שתקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האיטפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות 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 למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.

ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב 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.



חתימה

מספר זהות

שם משפחה ופרטי

תאריך

