

טופס תביעה לניתוחים בארץ ופיצוי/שיפוי בגין ניתוח שבוצע חלק א' – למילוי על ידי המבוטח

מבוטח נכבד,

אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. מובהר כי קבלת טופס זה על ידי המבוטח אינה מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבוטח.

יש לסמן בעיגול את הגורם הממלא את טופס התביעה: מבוטח / בן או בת זוג של מבוטח / בן או בת של מבוטח / הורה של מבוטח (במקרה של קטין) / סוכן ביטוח / עו"ד

סוג התביעה (יש לסמן X):

ניתוח עתידי ניתוח שבוצע החלמה מושלמת/מחלקה ראשונה

א. פרטי המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	עיסוק	מספר הפוליסה
שם קופת חולים	סניף	רופא משפחה מטפל	שם הרופא המקצועי / מכון מטפל	
מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד	דוא"ל		

ב. אופן משלוח הודעות - נודה לבחירתך את אופן ההתקשרות

<input type="radio"/> דואר אלקטרוני (מאובטח) <input type="radio"/> דואר ישראל	
כתובת דוא"ל	מס' טלפון נייד (חובה לציין לצורך משלוח סימסה לפתיחת הודעת דוא"ל)
אני מעוניין כי כתובת דוא"ל זו תשמש גם בתביעות עתידיות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	
לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיור הודעות ישלחו באמצעות כתובת דואר ישראל כפי שמעודכנת בחברתנו.	
ככל שהינך מיוצג ע"י עורך דין, הודעות בדבר מהלך בירור התביעה יישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, אנא הקפד על מילוי כתובת הדוא"ל של עורך הדין:	
<input type="radio"/> דואר אלקטרוני (מאובטח) <input type="radio"/> דואר ישראל	
כתובת דוא"ל	מס' טלפון נייד של עו"ד (חובה לציין לצורך משלוח סימסה לפתיחת הודעת דוא"ל)
כתובת דואר ישראל: רחוב	מס' בית עיר מיקוד

אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח

שם הסוכן	
פרטי הסוכן:	מס' טלפון נייד של הסוכן
	כתובת דוא"ל של הסוכן
<p>הריני מאשר/ת בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן – "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח (להלן – "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.</p>	
תאריך	חתימה: X

מעבר מידע בין החברות בקבוצת מנורה, שמירה במאגרי מידע - הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת מנורה ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת מנורה יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נוהגת קבוצת מנורה לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת מנורה ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת מנורה ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת מנורה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה.

הסכמה לפנייה באמצעי תקשורת אלקטרונית - מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת מנורה תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אליי באמצעים אלקטרוניים שונים. בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיגו אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.

חתימה: X

ג. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לביטוח המשלים בקופה או לביטוח פרטי אחר? לא כן, פרט _____

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? לא כן, פרט _____

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? לא כן, משנת _____ מסוג _____

האם יש לך ביטוח פרטי אחר? לא כן, בחברת _____

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? לא כן, בחברת _____

* באפשרותך לתבוע גם את הביטוח המשלים של קופת החולים או את הביטוח הפרטי בחברה אחרת, באם קיים ברשותך. במידה ותעשה כך, יוחזר לך ההפרש בין הסכום הנתבע לסכום ששולם על ידי הגורם האחר ועד לסכום הנקוב בתנאי הפוליסה וללא ניכוי השתתפות עצמית.

* שים לב כי לפי תנאי הפוליסה והדין, כאשר הפוליסה מקנה זכאות לשיפוי, **בכל מקרה**, סכום ההחזר מכל הגורמים יחד לא יעלה על ההוצאה בפועל.

הריני מצהיר כי הקבלה המקורית ברשותי או לחילופין, כי במידה ותבעתי או אתבע את הביטוח המשלים בקופת החולים / ביטוח פרטי בחברה אחרת ("גורם אחר"), אדווח על כך למנורה מבטחים ביטוח.

במקרה שתבעתי/אתבע גורם אחר, יש למלא את הפרטים הבאים ולצרף העתק קבלה וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שנתבע ושולם.

שם הגורם האחר שנתבע _____ הסכום ששולם ע"י גורם זה _____

חתימה: X

תאריך _____

ד. פירוט התביעה

האם נקבע תאריך לניתוח? כן לא
 במידה וכן, מועד הניתוח: _____

שם הרופא המנתח: _____ שם בית החולים: _____

בקשה לאישור ותיאום ניתוח
 האם יש לך זכאות להשתתפות של קופ"ח במימון הניתוח? לא כן, אמצאי התחייבות מקופ"ח (ט' 17)

למלא במקרה של תביעה להחזר הוצאות/פיצוי
 בקשה להחזר הוצאות רפואיות - פירוט:

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי הוצאה

בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבי"ח ציבורי או בבי"ח פרטי במימון הביטוח המשלים של קופת החולים או גורם מבטח אחר (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח וסיכום מחלה בגין הניתוח שבוצע).

במקרה של אירוע כתוצאה מתאונה/חבלה, אנא פרטי את נסיבות האירוע:

יש להעביר אלינו סיכום ניתוח וקבלות (במידה והוגשה בקשה להחזר הוצאות במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע ושולם לו).

ה. פרטי חשבון

תשלום התביעה באמצעות העברה בנקאית בלבד. נא למלא את הפרטים

שם בנק _____ מס' סניף _____

מס' חשבון _____ שם בעל החשבון _____

יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור פרטי החשבון מהבנק.

חתימה: X _____

ו. הצהרת המבוטח או התובע בשמו

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובתי וכל הפרטים אשר מסרתי לעיל ואמסור להלן הינם מלאים ונכונים.
 ידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.

תאריך _____ שם החותם _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה: X _____

יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם איננו מבוטח): _____

חלק ב' – למילוי בידי רופא מקצועי מטפל קבוע בקופת החולים

רופא נכבד,

למילוי בידי הרופא/ה המטפלת/ת - חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפלת/ת במבוטח בקופ"ח (לדוגמא: אורטופד, נשים, עיניים וכו') בהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה. מומלץ לצרף לטופס זה סיכום מידע ממוחשב מקופ"ח הכולל אבחנות והיסטוריה רפואית.

א. פרטי הרופא

שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סולרי
כתובת: רח'	מס' בית	עיר	מיקוד	ת.ד.
		מספר פקס		

ב. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
		מס' _____

ג. הטיפול במבוטח

תאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	המבוטח בטיפולי החל מתאריך	
		שנה	חודש

ד. האבחנה

האבחנה הנוכחית		

המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך	הצורך בניתוח/טיפול מיוחד/השתלה נקבע בתאריך

נסיבות האירוע

האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: תאונת עבודה תאונת דרכים תאונת ספורט אחר, יש לפרט:

שם הרופא

תאריך

חתימת הרופא וחותמת

עמוד 5 מתוך 12

חלק ג' – למילוי בידי הרופא המנתח

במידה וקיימת ברשותך הפניה מהרופא המנתח הכוללת את הפרטים הבאים יש לצרפה לטופס התביעה, במקרה וצורפה הפניה כאמור אין צורך למלא חלק זה.

א. פרטים על הניתוח	
שם הניתוח המומלץ:	
בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:	
<hr/> <hr/> <hr/>	
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך	בבית חולים
הערות נוספות	
<hr/> <hr/> <hr/>	

ב. פרטי הרופא המנתח				
שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
כתובת: רח'	מס' בית	עיר	מיקוד	ת.ד.
מספר פקס				

שם הרופא _____ תאריך _____

חתימת הרופא וחותמת

חלק ד' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

יש לחתום על הטופס המצ"ב בהתאם להנחיות ולרבות חתימה וחתימת עד.
אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רפאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח וקרנות הפנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות 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 הסיעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים 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 כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן. כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך	שם החותם	תעודת זהות	חתימה
שם קופ"ח	שם קופ"ח קודמת	מס' אישי בצה"ל	

פרטי העד לחתימה (רופא, עו"ד, אחות, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח)

תאריך	שם מלא של העד ותפקידו	תעודת זהות	מס' רישיון	חתימה וחתימת
-------	-----------------------	------------	------------	--------------

במקרה של קטין/חוסה – חתימת אפוטרופוס (במקרה של חוסה, יש לצרף כתב מינוי אפוטרופוס)

קטין	שם האב	מס' זהות	חתימה
	שם האם	מס' זהות	חתימה

חוסה	שם האפוטרופוס	מס' זהות	חתימה

עמוד 7 מתוך 12