

1. פרטי המבוטח				
שם המשפחה	השם הפרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' הפוליסה
רחוב		מס' בית	ישוב	מיקוד
מס' טלפון בעבודה		מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולארי	
שם קופת החולים		הסניף	הכתובת	
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל		

2. סוג התביעה

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 - אמצעי התחייבות מקופ"ח.

ד. בצעו ניתוח באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות מקוריות ודו"ח ניתוח.

החזר הוצאות רפואיות (פוליסות עם כיסוי אלטרנטיבי, אמבולטורי ותרופות).

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

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

סעוד - ימולא בתביעה לפיצוי סיעודי:

1. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך? כן לא, פרט _____

2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך? כן לא, פרט _____

3. האם אתה מסוגל להתרחץ / להתגלח בכוחות עצמך? כן לא, פרט _____

4. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך? כן לא, פרט _____

5. האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה? כן לא, פרט _____

6. האם אתה שולט על הסוגרים? כן לא, פרט _____

3. ביטוחי בריאות נוספים

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

האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? כן לא, פרט _____

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

האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר? כן לא, פרט, בחברת _____

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

4. הצהרת המבוטח

הנני מצהיר/ה בזאת כי מצב בריאותי אילו נקלעתי ואשר בגיני אני צריך לעבור ניתוח הוא אינו תוצאה של:

א. תאונת דרכים למעט ניתוח פלסטי לאחר תאונת דרכים.

ב. תאונת עבודה.

ג. פעולות איבה.

ד. שירות בצה"ל, לרבות שרות מילואים.

ה. פעולה מלחמתית, צבאית משטרתית.

ו. תאונת ספורט.

שם המבוטח	ת.ז.	חתימה

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 הם נכונות ושלמות.

הצהרת יתור על סודיות רפואית (במקרה של קטין חתימה של 2 ההורים).

אני החתום מטה, נתן בזה רשות לקופת חולים /או לעובדיה הרפואיים האחרים ומוסדותיה הרפואיים או סניפיה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, בתי חולים והמוסד לביטוח לאומי ולשלטונות וצה"ל למסור לאיילון תברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי או של ילדי /או על כל מחלה שחליתי בה בעבר אני או ילדי /או שהנני חולה בה כעת /או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים /או כל עובד רפואי אחר /או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנגע למצב בריאותי /או מחלותי כ"ל שלי או של ילדי ומותר על סודיות כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אילנים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב יתור זה מחייב אותי, את עזובני, את באי סוחי דין וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	חתימה

חלק ב': למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים

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

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

3. האבחנה	
האבחנה הנכחית	
המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך _____	
התלונות / הסימנים למחלה הנכחית התחילו מתאריך _____	
הצורך בניחוח נקבע בתאריך _____	
האם האבחנה והתלונה הנכחית 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	