

הגשת תביעה

טופס תביעת בריאות - ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה

מבוסס וכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה. בטופס שני חלקים: חלק א' - מועד 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. מובהר כי קבלת טופס זה על ידי המבוטח אינה מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח.

שים לב: אם תימצא זכאי לכיסוי הניתוח על ידינו, ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, שלא באמצעותנו, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בהתאם להוראות הפוליסה שברשותך.

סוג התביעה (יש לסמן X):

- ניתוח עתידי ניתוח שבוצע טיפול מיוחד השתלה החלמה מושלמת/מחלקה ראשונה

מימין טוכן למיפול בתביעה

פרטי הסוכן:	שם הסוכן:	כתובת הסוכן:
	מס' טלפון הסוכן:	מס' פקס הסוכן:
הריני מאשר/ת בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח מר/גב' (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.		
תאריך _____		חתימה: _____

חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

א. פרטי המבוטח

שם משפחה:	שם פרטי:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מספר הפוליסה
כתובת: רח' מס' בית עיר מיקוד ת.ד.	דוא"ל _____ אני <input type="checkbox"/> מסכים / <input type="checkbox"/> לא מסכים כי כל מסמך / מידע הקשור בתביעה יועבר אלי בדואר אלקטרוני לכתובת הרשומה לעיל, אך אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.			
שם מקום העבודה של בעל הפוליסה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	מספר פקס
כתובת מייל	שם הסוכן	מספר טלפון סוכן	מספר טלפון סלולרי	
מעבר מידע בין החברות בקבוצת מנורה, שמירה במאגרי מידע - הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת מנורה ו/או כל מידע בקשר אלי שייגע לידעת מי מחברות קבוצת מנורה יוחזק במאגרי מידע משותפים 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 ומסעמה), והכול לצורך ייחול 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 לפניה 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 אלי באמצעים אלקטרוניים שונים. בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליות, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.				
חתימה: _____				

שם קופת החולים	סניף	כתובת
שם הרופא המקצועי המטפל		שם הרופא המשפחה המטפל

ב. ביטוחי בריאות נוספים

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

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

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

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

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

ג.

למלא במקרה של בקשה לאישור ולתיאום ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה

האם יש לך זכאות להשתתפות של קופ"ח במימון הטיפול? לא כן, אמצעי התחייבות מקופ"ח (ס' 17)

לרופא לבית לרופא ולבית

בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי הוצאה
		התייעצות לפני ניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח
אחר 1.		
2.		
3.		

ד.

למלא במקרה של תביעה להחזר הוצאות/פיצוי

בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבי"ח ציבורי או בבי"ח פרטי במימון קופ"ח או ביטוח המשלים (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח וסיכום מחלה בגין הניתוח שבוצע).

בקשה לפיצוי בגין מוות (ח"ח) כתוצאה מניתוח וכדומה.

בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי הוצאה
		שכר מנתח/ביה"ח פרטי אביוזרי שתל

ה. אופן תשלום התביעה

נא להעביר לזכות חשבוני:

בבנק:	שם הסניף:	מס' הסניף:	מס' חשבון:
תאריך:	שם משפחה ופרטי:	מס' זרות:	חתימה

לקבלת התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים **לתשומת ליבך** - את תביעתך לפיצוי/החזר כספי הינה מעל 5000 ש"ח יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

בבנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר חשבון _____

לצורך העברת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק יש לצרף צילום המחאה וכן לציין את פרטי החשבון:

שם בנק _____ מס' סניף _____ מס' חשבון _____

אין בטופס הנ"ל כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור תבותה ולדרוש לקבל לידה אסמכתאות נוספות.

חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל


חפא נכבד,

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

א. פרטי הרופא

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

ב. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
		מס' 

ג. הטיפול במבוטח

תאריך	פרטים וליקויים מהם סובל המבוטח	המבוטח בטיפול החל מתאריך	
		שנה	חודש

ד. האבחנה

האבחנה הנוכחית

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

האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: תאונת עבודה תאונת דרכים תאונת ספורט אס, כ, פרט

שם הרופא

תאריך

חתימת הרופא וחותמת

למילוי בידי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד/ההשתלה

א. פרטים על הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ

שם הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ:	
בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:	
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך	בבית חולים
הערות נוספות	

ב. פרטי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד

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

תאריך

שם הרופא

חתימת הרופא וחותמת