

בקשה לאישור זליאום ניתוח - חלק א' למילוי ע"י המבוטח
נא לשלוח לפקס: 6392398 - 03

מבוטח נכבד,
על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך על מילוי הטופס. לתשומת ליבך, חלק ב' של הטופס ימלא ע"י הרופא המטפל. את שני חלקי הטופס המלאים, יש לשלוח ל- "כלל בריאות" באמצעות הפקס, בצירוף מסמכים רפואיים, כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון, אם קיימים, קבלות מקוריות וכל מסמך רפואי רלוונטי אחר.

אם אתה זכאי לניסוי הניתוח על ידינו ונבחר לביצעו, כולו או חלקו, באמצעות הביטוח המשלים של קופ"ח או כל גורם אחר, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בגין אי תביעה הפוליסה.

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	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי	
	שם מקום העבודה של בן / בת הזוג	מס' טלפון בעבודה	כתובת דוא"ל של המבוטח	E.MAIL:	
	שם קופת התולים	הסניף	פרטי סוכן הביטוח: שם פרטי ומשפחה ומס' טלפון		
	שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל			
	האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/> האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/> האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? לא <input type="checkbox"/> כן, משגת <input type="checkbox"/> מסוג _____ האם יש לך ביטוח משלים אחר? לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____ האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____				
3 פירוט הבקשה לאישור זליאום ניתוח	<input type="checkbox"/> האם יש השתתפות של קופ"ח? לא <input type="checkbox"/> כן, אמצעי התחייבות מקופ"ח (ט' 17): <input type="checkbox"/> לרופא ולבי"ח <input type="checkbox"/> לרופא <input type="checkbox"/> לבי"ח				
	<input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט				
	פרטי ההוצאה	הסכום ב- ש"ח	תאריך		
	הדרישות לפני הניתוח עם מנתח הסכום שביצע הניתוח				
	אחר - 1. 2. 3.				
4 אופן תשלום התביעה	<input type="checkbox"/> נא להעביר לזכות חשבוני: <input type="checkbox"/> בבנק				
	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון		

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 בידיו חומר כזה שהועבר על ידי צד ג' כלשהו למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקשת") כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי. הנני 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. הנני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך:	שם משפחה ופרטי	מס' ת.ז.	חתימה
			X

*** טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו ***

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח - חלק ב' למילוי ע"י הרופא המטפל
נא לשלוח לפקס: 03 - 6392398

רופא/ה נכבד/ה, על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה/ה על כל השאלות שלהלן:

חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפלת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה / ילדים.

1 פרטי המבוטח	שם המשפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.	
	המבוטח בטיפול התל מתאריך:		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מתאריך	
2 הטיפול במבוטח	שנה	חודש				
	האבחנה הנכחית:					
3 האבחנה	הסיבה לניתוח: ת. דרכים / ת. עבודה / ת. ספורט / אחר					
	המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו התל מתאריך -		התלונות / הסימנים למחלה הנכחית התחילו בתאריך -		האורך בניתוח נקבע בתאריך -	
	שם המשפחה	שם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולרי	0
4 פרטי הרופא	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס	0

תאריך:

התימת הרופא

זכותמת

חלק זה ימולא ע"י הרופא המנתח

1 פרטים על הניתוח המומלץ	שם הניתוח המומלץ:					
	בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:					
2 הערות נוספות	את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך					
	בב"ח					
3 פרטי הרופא	שם המשפחה	שם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולרי	0
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס	0

תאריך:

התימת הרופא

זכותמת

*** טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו ***