

**דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי על הרופא/ה**

**← פרטי המבוטח/ת**

מס' הפוליסה	שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.
-------------	----------	---------	------

**← פרטי הרופא המטפל - קופ"ח**

שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון	נייד
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	פקס

**← נא ענה על כל השאלות**

1. בא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל/ת המבוטח/ת

2. המבוטח/ת בטיפול החל מתאריך (שנה וחודש)  
 מהתי סובל/ת המבוטח/ת מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך

3. בא פרטי/י את החיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית

מתאריך	
האם האבחנה קשורה בתאונה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> תאונת דרכים <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/>	מתאריך

4. בא פרטי/י מחלות וליקויים מהם סובל/ת המבוטח/ת

מתאריך	
מתאריך	
מתאריך	

5. ממליץ/ה על  בדיקות  טיפולים  ניתוח  אחר, פרטי/י

6. מתי הוגדל/ה לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח? מתאריך

תאריך	שם הרופא הממליץ	חתימה וחוממת הרופא המטפל
-------	-----------------	--------------------------

**← פרטי הרופא המנתח**

שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון	נייד
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	פקס

**← פרטים נוספים לבני ניתוח - למילוי על ידי הרופא/ה המנתח/ת**

שם הניתוח המוגדל

מועד הניתוח נקבע לתאריך

מידע נוסף

תאריך	חתימה וחוממת הרופא המנתח
-------	--------------------------

**טופס תביעה - ניתוחים - למילוי על ידי המבוטח/ת**

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד/י על מילוי כנדרש.

**← פרטי המבוטח/ת**

מס' הפוליסה	שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	תאריך לידה
מקום עבודה	טלפון בית	נייד	פקס
רחוב	מס' דירה	עיר	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	כתובת	שם הרופא המטפל
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	שם איש קשר לחביעה	נייד	טלפון מסך

**← ביטוחים נוספים**

• האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?  לא  כן

• האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?  לא  כן

• האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?  לא  כן

• האם יש השתתפות של קופת חולים?  לא  כן, אמצאי התחייבות מקופת חולים (ט' 17)  לרופא  לבית החולים  לרופא ולבית החולים

• פרט את שמות הרופאים אליהם פנית בקשר עם הבעיה הרפואית בבשאל התביעה

**← ריכוז הוצאות בנין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח/ת**

תאריך	אם פרטי/ לחץ את סוג הטיפול:	סכום בש"ח מצ"ב חשבונית	תאריך	אם פרטי/ לחץ את סוג הטיפול:	סכום בש"ח מצ"ב חשבונית
	בדיקת רופא / מעבדה / דמיה / פניוטרופיה / אחר			בדיקת רופא / מעבדה / דמיה / פניוטרופיה / אחר	

**לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בעמוד 3**

**← אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח/ת (יש לצרף המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון של המבוטח)**

נא להעביר לזכות חשבונאי בבנק

שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
---------	----------	----------	-----------	-----------

הערות

**← הצהרת המבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס**

הגבי מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם חופפים במתח האינטרנט של החברה.

תאריך	חתימת המבוטח/האפוטרופוס
-------	-------------------------

**← הצהרת המבוטח - אישור קבלת תכתובות מהמבוטח באמצעות הסוכן**

הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמענה לקבלת כל התכתובות מהמבוטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולדמות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס.

תאריך	חתימת המבוטח/האפוטרופוס
-------	-------------------------

**← ויתור על סודיות רפואית**

אני מתחנן מטה, מתן צוה רשות לכל עובד רפואי ואנו לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדי הרפואיים האחרים ו/או למוסדות הרפואיים ואנו לסניפיהם ו/או לבתי החולים ואנו לנו מטעמם ו/או כל המוסדות הרפואיים ו/או המבטחים הרפואיים ו/או בני החולים האחרים ו/או בני החולים הכלליים ו/או הפרטיים ו/או הפסיכיאטרים ו/או השיקומיים ואנו לכל מבדיריהם מכל סוג ומין של כל המפורטים עד כה ואנו לכל סניף מסבפי מוסדותיהם ואנו למי מטעמם, ו/או למשרד הביטוח ו/או לשלטונות אה"ל ו/או למשטרה ו/או למוסד לביטוח לאומי ואנו לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסינדיקטי ו/או לכל מוסד ו/או לחברות הביטוח האחרות ואנו לגורם אחר(לחוקי: "המוסדות") למסור לחפניקס חברה לביטוח בג"מ ו/או לנוי מטעמה (לחוק: "המבטח") את כל הפרטים המצויים ביד המוסדות ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסוציאלי ו/או המוסדות ו/או כל חלוקת השבילים על סודיות בכל המנוע למצבי הבריאותי ו/או לנוי המוסדות ו/או לנוי מטעמה (לחוק: "המבטח") את כל הפרטים ואני משחרר בה את כל "המוסדות" מחובת השבילה על סודיות בכל המנוע למצבי הבריאותי ו/או לנוי המוסדות ו/או לנוי מטעמה (לחוק: "המבטח") את כל הפרטים ו/או אשר אני חולה בה כעת, ומתיר ל"מוסדות" האת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ואנו תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור לעיל. בכתיב ויתור זה.

בקשותי זו יפה גם לפי חוק הבנת הפרטיות החופשית-א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, ועובדי, ילדי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

תאריך	חתימת המבוטח
-------	--------------