

בקשה לאישור תביעה בגין ניתוח/להחזר הוצאות ניתוח

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לך לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פני"ה. בטופס שלושה חלקים: חלק א נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב למילוי בידי הרופא המטפל, חלק ג למילוי בידי הרופא המנתח. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא המטפל או לרופא מקצועי, או לרופא המנתח את הטופס הזה, ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו. יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה, תוצאות בדיקות רפואיות כולל בדיקות הדמיה ובדיקות פתולוגיות, או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבוניות/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

יש לצרף פרטי חשבון הבנק של התובע: צילום המחאה אישית או אישור הבנק לגבי פרטי החשבון.

חלק א' - למילוי בידי המבוטח																									
פרטי המבוטח:																									
שם המשפחה		השם הפרטי		מס' פוליסה:																					
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס																					
כתובת דוא"ל																									
*הכתובת דרושה להעברת דיוורים / מידע ומסמכים (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) ביחס לתביעה ולמוצרי הביטוח שלך בקבוצת הכשרה.																									
שם מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי																						
שם מקום העבודה בן/בת הזוג	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי																						
שם קופת חולים	סניף	הכתובת																							
שם הרופא המקצועי המטפל		שם הרופא המשפחה המטפל																							
ביטוחי בריאות נוספים:																									
האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, פרט _____																									
האם יש לך ביטוח בריאות בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, משנת _____ בחברת _____																									
האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, משנת _____ מסוג _____																									
האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____																									
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____																									
ביטוחי בריאות נוספים:																									
<input type="checkbox"/> האם יש השתתפות של קופת חולים? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, שם קופ"ח _____ הכיסוי בקופ"ח _____																									
<input type="checkbox"/> האם יש השתתפות של גורם אחר כולל חברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, פרט _____																									
<input type="checkbox"/> החזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (הנתקים לא יאושרו) - פירוט:																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>תאריך</th> <th>פרטי ההוצאה</th> <th>הסכום בש"ח</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>חוות דעת בגין התייעצות לפני ניתוח:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>פיצוי בגין ניתוח:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>החזר שכר טרחת מנתח:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>החזר הוצאות ב"ח:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>החזר הוצאות רפואיות ואחרות - פרט ההוצאה:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>פיצוי בגין תותבת/אביזר/מושלת:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					תאריך	פרטי ההוצאה	הסכום בש"ח		חוות דעת בגין התייעצות לפני ניתוח:			פיצוי בגין ניתוח:			החזר שכר טרחת מנתח:			החזר הוצאות ב"ח:			החזר הוצאות רפואיות ואחרות - פרט ההוצאה:			פיצוי בגין תותבת/אביזר/מושלת:	
תאריך	פרטי ההוצאה	הסכום בש"ח																							
	חוות דעת בגין התייעצות לפני ניתוח:																								
	פיצוי בגין ניתוח:																								
	החזר שכר טרחת מנתח:																								
	החזר הוצאות ב"ח:																								
	החזר הוצאות רפואיות ואחרות - פרט ההוצאה:																								
	פיצוי בגין תותבת/אביזר/מושלת:																								
<p>ככל שלא מצורפות קבלות מקוריות נא השב: האם הגשת את הקבלות המקוריות לגורם אחר לצורך קבלת החזר? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן אם כן, נא העבר אישור של הגורם אליו הוגשו הקבלות בדבר גובה החזר אשר ניתן על ידו. אם בכונתך להגיש את הקבלות לגורם אחר וטרם עשית כן, עליך לעדכן את הכשרה ואת הגורם הנוסף על מנת שלא ישולמו החזרים כפולים.</p>																									
<p>הריני מתחייב כי אדווח להכשרה חברה לביטוח בע"מ על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין תביעה זו, והריני מאשר להכשרה חברה לביטוח לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/ פיצוי בגין תביעה זו. ניתנה 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 הנ"ל הן נכונות ושלמות.</p>																									
(במקרה של קטין/חסוי יציגו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו).																									
תאריך: _____ שם משפחה ופרטי: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____																									

רופא נכבד,




על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן:

חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל		חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי/רופא מנתח/רופא משפחה המטפל במבוטח.							
פרטי המבוטח:									
1.	שם המשפחה	שם הפרטי							
הטיפול במבוטח:									
2.	המבוטח בטיפול		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">החל מתאריך</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">[]</td> <td style="text-align: center;">[]</td> </tr> </table>	החל מתאריך	שנה	חודש	שנה	[]	[]
	החל מתאריך	שנה							
	חודש	שנה							
	[]	[]							
	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח								
מתאריך									
האבחנה:									
האבחנה הנוכחית									
3.	המבוטח בטיפול	התלונות/הסימנים	הצורך בניתוח/בטיפול						
	בנוגע לאבחנה זו	למחלה הנוכחית	נקבע בתאריך						
	החל מתאריך	התחילו בתאריך							
	האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:								
	תאונת עבודה <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ תאונה אחרת <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ תאונת דרכים <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, פרט _____								
פרטי הרופא:									
שם המשפחה		שם פרטי							
רחוב		מספר בית							
מספר טלפון		מספר פקס							
מספר סלולרי		מספר פקס							
תאריך: _____ חתימת הרופא וחותמת: _____									
חלק ג' - למילוי בידי הרופא המנתח		טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.							
פרטים על הניתוח המומלץ:									
שם הניתוח/ הטיפול המומלץ:									
בדיקות וטיפולים מומלצים על-ידי:									
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך:									
בבית חולים:									
הערות נוספות:									

פרטי הרופא:									
שם המשפחה		שם פרטי							
רחוב		מספר בית							
מספר טלפון		מספר פקס							
מספר סלולרי		מספר פקס							
תאריך: _____ חתימת הרופא וחותמת: _____									

טופס ויתור על סודיות רפואית / כללית

חלק א' אני הח"מ (במקרה של קטין ירשמו פרטיו):			
שם מלא:	ת.ז.:	כתובת:	שם האב:
<p>נותן בזה רשות לכל עובד מוסד רפואי ו/או מוסד רפואי, בתי חולים לרבות קופות-חולים ו/או מכוון מור ו/או המכוון הרפואי לביטוחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לעובדיהם, ו/או מכונים רפואיים ו/או מעבדות רפואיות ו/או רופאים ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או צבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון- (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים ו/או השתלשלות פרופיל ו/או משטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או לשירות התעסוקה ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע -כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד ו/או לשרות הפסיכולוגי-חינוכי ו/או למשרד הבריאות והחינוך ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרכז לבריאות הנפש ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או בתי חולים לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי (להלן: "נותני השירותים") למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשת") את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידי נותני השירותים שפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שתדרוש המבקשת לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין הישגיי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת לרבות HIV ו/או כרטיס טיפת חלב ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות ולרבות מידע ותיעוד על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי לרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח על עובדיהם ו/או קרנות הפנסיה וכן ל"הפול"-המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ- ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה כל מידע, חוות דעת, תיעוד רפואי וכן כל מידע ומסמכים המתייחסים לתאונות קודמות או מאוחרות שעברתי ו/או לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג אודותיי, לרבות רשימת הרופאים אצלם ביקרתי, מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשתי, את מוטבי, את באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> <p>אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם ולא תהיה לי כל תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.</p> <p>בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.</p>			

חלק ב'			
שם קופ"ח:	סניף:	קופ"ח קודמת:	מס' אישי בצה"ל
שמות רופאים, מכונים ומעבדות:			
1.		2.	
3.		4.	
5.			
תאריך:	שם מלא:	חתימת המבוטח: 	
(במקרה של קטין/חסוי יצינו את שמם ומס' ת.ז. ויחתמו שני ההורים/כל האפוטרופוסים עפ"י דין ובמידה ויש צו מינוי אפוטרופוס יש לצרפו)			
שם האב/אפוטרופוס:	ת.ז.:	תאריך:	חתימה: 
שם האם/אפוטרופוס:	ת.ז.:	תאריך:	חתימה: 
חתימת עד מהימן (סוכן ביטוח, רופא, עו"ד כולל חותמת ומס' רשיון. לסוכן ביטוח יש לצרף צילום רשיון סוכן)			
עד לחתימה (שם מלא):	ת.ז.:	תאריך:	
חתימה (+ חותמת עם מס' רשיון):			