

אליהו חברה לבטוח בע"מ

המשרד הראשי "בית אליהו" רחוב אבן גבירול 2, תל אביב 64077. טל: 6920826, פקס: 7604764

האגף לביטוח חיים

טופס תביעה לפוליסת בריאות (למילוי ע"י המבוטח/ת)

מבוטח/ת יקר/ה,
מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. נא להצטייד בטופס בכל תביעה ולהקפיד על מילוי כנדרש.

פרטי המבוטח/ת

מס' פוליסה					שם פרטי					שם משפחה					ס"ב					מס' ת.ז.				
תאריך תחילת הפוליסה:																								
תאריך לידה					מקום עבודה					מס' טל' בבית					מס' טלפון נייד					מס' פקס'				
רחוב					מס' דירה					מס' מיקוד					שם הרופא המטפל					כתובת				
שם קופת החולים					סניף					שם הרופא המטפל					כתובת					שם הרופא המטפל				

ביטוחים נוספים:

האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?		כן לא		שם הקופה		שם התכנית		תחילת ביטוח	
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה?		כן לא		שם החברה		שם התכנית		תחילת ביטוח	
האם יש לך ביטוח רפואי במקום אחר?		כן לא		שם החברה		שם התכנית		תחילת ביטוח	

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים – למילוי ע"י המבוטח/ת (*)

תאריך	נא לפרט את סוג הטיפול אותו עברת: בדיקת רופא/מעבדה/הדמיה/פיזיותרפיה/אחר	סכום בש"ח

(*) לכל הוצאה יש לצרף את מסמכי המקור בלבד.

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופ"ח ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לחברות ביטוח אחרות ולכל מוסד וגורם אחר למסור ל (להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר/ת אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותרת על סודיות זו כלפי המבקש. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.

תאריך	שם החותם	מס' זהות	חתימה
-------	----------	----------	-------