



**תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי**

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

מספר פקס 03-7547900

**חלק א - למילוי בידי המבוטח**

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה. **בטופס שני חלקים. חלק א' - נועד 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 המטפל או למקצועי, 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 או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבונית/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.**

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

פרטי המבוטח	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מספר הפוליסה
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס	
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי		
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי		
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת			
שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל				

**ביטוח בריאות נוספים**

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם 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 \_\_\_\_\_

**פירוט התביעה**

בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית-חולים ציבורי או בבית-חולים פרטי במימון קופת-חולים או הביטוח המשלים. (נוסף על דוח הרופא שבטופס זה יש לצרף דוח ניתוח בגין הניתוח שבוצע).

בקשה לפיצוי בגין מחלה קשה / מוות / אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח וכדומה.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')

**אופן תשלום התביעה**

אם הנך מבקש לקבל את התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים **וצרף צילום שיק או אישור הבנק** על פרטי החשבון. **לתשומת ליבך** - אם לא יצורף האמור לעיל, יועבר התשלום בהמחאה.

בבנק \_\_\_\_\_ שם הסניף \_\_\_\_\_ מספר הסניף \_\_\_\_\_ מספר החשבון \_\_\_\_\_

אני/נו החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למלי"ל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותנו ו/או על כל מחלה שחליתנו בה בעבר ו/או שאנינו חולה/ים בה כעת ו/או שאנחלה בה בעתיד ו/אנינו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו "כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב את עזבונינו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים. ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החוזרים ולשוב 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.

תאריך \_\_\_\_\_ משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

