הראל
ביטוח ופיננסים | בשביל השקט הנפשי שלך

תביעה להחזר הוצאות/לפיצוי

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

חלק א' – למילוי בידי המבוטח

אגף תביעות בריאות וחיים
מספר פקס: 03-7348166

מבוטח נכבד,
על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא 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 המקצועי, 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.

b9174 טופס ראשי

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מספר הפוליסה
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס 0
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה 0		מספר טלפון בבית 0	מספר טלפון סלולרי 0
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בעבודה 0		מספר טלפון בבית 0	מספר טלפון סלולרי 0
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת		
שם הרופא **המקצועי** המטפל		שם רופא **המשפחה** המטפל		

ביטוחי 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 ↓

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

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 _____

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך _____ שם משפחה ופרטי _____ חתימה _____ / _____ ת.ז _____

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, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות ומוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאובחנה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ו/או יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.
ניתנת 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.

תאריך _____ שם משפחה ופרטי _____ מספר זהות _____ חתימה _____ / _____

תביעה להחזר הוצאות/לפיצוי

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

הראל
ביטוח ופיננסים | בשביל השקט הנפשי שלך

אגף תביעות בריאות וחיים

מספר פקס: 03-7348166

חלק ב' – למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

רופא נכבד,

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

חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

פרטי הרופא

שם המשפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי

רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

הטיפול במבוטח

	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך
המבוטח בטיפולי החל מתאריך		
שנה / חודש		

האבחנה

האבחנה הנוכחית

המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך-	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך- הצורך בניתוח נקבע בתאריך-

האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: ○ תאונת עבודה ○ תאונת דרכים

אם כן, פרט

תאריך _____ חתימת הרופא וחותמת / _____