

## הגשת תביעה

### טופס תביעת בריאות - ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה

**מבוטח נכבד,**

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר. נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה. 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/ה המטפל/ת או לרופא/ה המקצועי/ת את הטופס הנ"ל ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו. מובהר כי קבלת טופס זה על ידי המבוטח אינה מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבוטח.

**שים לב: אם תימצא זכאי לכיסוי הניתוח על ידינו, ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, שלא באמצעותנו, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בהתאם להוראות הפוליסה שברשותך.**

**סוג התביעה (יש לסמן X):**

ניתוח עתידי  ניתוח שבוצע  טיפול מיוחד  השתלה  החלמה מושלמת/מחלקה ראשונה

**מינוי סוכן לטיפול בתביעה**

פרטי הסוכן:	שם הסוכן:	כתובת הסוכן:
מס' טלפון הסוכן:	מס' פקס הסוכן:	
<p>הריני מאשר/ת בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח מר/גב' _____ (להלן - "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.</p> <p>תאריך: _____ חתימה: _____ X</p>		

### חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

**א. פרטי המבוטח**

שם משפחה:	שם פרטי:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מספר הפוליסה
כתובת: רח' מס' בית עיר מיקוד ת.ד.	דוא"ל	מספר פקס	<p>אני <input type="checkbox"/> מסכים / <input type="checkbox"/> לא מסכים כי כל מסמך / מידע הקשור בתביעה יועבר אלי בדואר אלקטרוני לכתובת הרשומה לעיל, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.</p>	
שם מקום העבודה של בעל הפוליסה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בית	מספר טלפון סלולרי	
כתובת מייל	שם הסוכן	מספר טלפון סוכן	מספר טלפון סלולרי	
<p><b>מעבר מידע בין החברות בקבוצת מנורה, שמירה במאגרי מידע -</b> הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת מנורה ו/או כל מידע בקשר אלי שייגיע לידיעת מי מחברות קבוצת מנורה יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נהגת קבוצת מנורה לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת מנורה ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת מנורה ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת מנורה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה.</p> <p><b>הסכמה לפניה באמצעי תקשורת אלקטרונית -</b> מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת מנורה תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אליי באמצעים אלקטרוניים שונים. בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליות, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.</p>				
<p>תאריך: _____ חתימה: _____ X</p>				

שם קופת החולים	סניף	כתובת
שם הרופא המקצועי המטפל	שם הרופא המשפחה המטפל	

**ב. 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 \_\_\_\_\_

**ג.**

**למלא במקרה של בקשה לאישור ולתיאום ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה**

- האם יש לך זכאות להשתתפות של קופ"ח במימון הטיפול?  לא  כן, אמציא התחייבות מקופ"ח (ט' 17)
- לרופא  לב"ח  לרופא ולב"ח
- בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה
		התייעצות לפני ניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח
		אחר 1.
		2.
		3.

**ד.**

**למלא במקרה של תביעה להחזר הוצאות/פיצוי**

- בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בב"ח ציבורי או בב"ח פרטי במימון קופ"ח או ביטוח המשלים (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח וסיכום מחלה בגין הניתוח שבוצע).
- בקשה לפיצוי בגין מוות (ח"ח) כתוצאה מניתוח וכדומה.

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

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה
		שכר מנתח/ביה"ח פרטי אביזרי שתל

**ה. אופן תשלום התביעה**

- נא להעביר לזכות חשבוני:

בבנק:	שם הסניף:	מס' הסניף:	מס' חשבון
-------	-----------	------------	-----------

תאריך:	שם משפחה ופרטי:	מס' זהות:	חתימה
		מס' _____	X

לקבלת התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים  
**לתשומת ליבך** - את תביעתך לפיצוי/החזר כספי הינה מעל 5000 ש"ח יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

בבנק \_\_\_\_\_ שם הסניף \_\_\_\_\_ מספר הסניף \_\_\_\_\_ מספר חשבון \_\_\_\_\_

**לצורך העברת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק יש לצרף צילום המחאה וכן לציין את פרטי החשבון:**

שם בנק \_\_\_\_\_ מס' סניף \_\_\_\_\_ מס' חשבון \_\_\_\_\_

אין בטופס הנ"ל כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור חבותה ולדרוש לקבל לידיה אסמכתאות נוספות.

## חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

### רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.  
 למילוי בידי הרופא/ה המטפל/ת - חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימלא על ידי רופא/ה משפחה/ילדים

#### א. פרטי הרופא

שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
כתובת: רח' מס' בית	עיר	מיקוד ת.ד.	מספר פקס	

#### ב. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
		מס' _____

#### ג. הטיפול במבוטח

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

#### ד. האבחנה

האבחנה הנוכחית

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:  תאונת עבודה  תאונת דרכים  תאונת ספורט  אם כן, פרט

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שם הרופא

תאריך

חתימת הרופא וחותמת

## למילוי בידי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד/ההשתלה

### א. פרטים על הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ

שם הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ:

בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:

את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך

בבית חולים

הערות נוספות

### ב. פרטי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד

שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
כתובת: רח' מס' בית	עיר	מיקוד	ת.ד.	מספר פקס

שם הרופא \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

חתימת הרופא וחותמת

## חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו עליידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמו ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן. כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

### במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות
--------	----------	--------	----------

תאריך	שם החותם	תעודת זהות	חתימה
תאריך	עד לחתימה	תעודת זהות	חתימה