

תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי
חלק 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'** (במקרה של ניתוח) – למילוי בידי הרופא המטפל, אלא קח בכל פנייה למטפל או לרופא המקצועי את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.

באם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו ויחתום.

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום השירות הרפואי ו/או הכרה בזכאות לתשלום כלשהו.

יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות מחדר המיון אם קיימים, חשבונית/ קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה. לידיעתך, **הליך בירור ויישוב תביעה** הינו כדקלמן: קבלת התביעה בחברה, העברתה למחלקה המטפלת, בדיקת פרטי המבוטח, בחינת מסמכי התביעה, איסוף החומר הרלוונטי הנדרש להחלטה, הפנייה ליועץ מקצועי (במקרים בהם נדרש), קבלת החלטה ושליחת הודעה למבוטח.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

שם משפחה:		שם פרטי:		מס' ת.ז.:		תאריך לידה:	
רחוב:		מס' בית:		יישוב:		מיקוד:	
שם מקום העבודה:		מס' טלפון בבית:		מס' טלפון נייד:			
שם מקום העבודה בן/בת זוג:		מס' טלפון בעבודה:		מס' ת.ז. (במקרה ומדובר בקטין מתחת לגיל 18):			
שם קופת חולים:		סניף:		כתובת			
שם הרופא המקצועי המטפל:				שם רופא המשפחה המטפל:			
<p>2. ביטוחי בריאות נוספים</p> <p>האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? האם יש לך ביטוח משלים אחר? האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? לא, כן, משנת _____ מסוג _____ לא, כן, בחברת _____ לא, כן, בחברת _____</p>							
<p>3. פירוט תביעות</p> <p>1. בקשה לפיצוי ניתוח שבוצע בבית חולים ציבורי או בבית חולים פרטי במימון קופת חולים או ביטוח משלים. (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח בגין הניתוח שבוצע) 2. בקשה להחזר הוצאות רפואיות – יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאשרו) ומסמכים רפואיים רלוונטיים כמצוין בפוליסה – פירוט: פרטי הוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו') הסכום בש"ח תאריך</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>							
4. אופן תשלום התביעה		סניף הבנק:		מס' הסניף:		מספר חשבון:	
נא לזכות חשבוני: (ולא אמצעי התשלום ממנו משולמת הפרמיה):		_____		_____		_____	

בחתימתי אני מאשר/ת את הסכמתי לקבל פניות עבורי ועבור ילדיי הקטינים (עד גיל 18) באמצעות מכשיר הסלולאר, בכל הנוגע לשירותים הרפואיים שאני ו/או ילדיי הקטינים צורכים במסגרת תוכנית הביטוח באמצעות "דקלה חברה לביטוח בע"מ" (לרבות בקשות החזר). ידוע לי כי זכותי לבקש מכם שלא לקבל הודעות נוספות בכל שלב שארצה. ידוע לי כי ההרשאה המצויינת לעיל הינה כללית והיא תחול גם לגבי בקשה לקבלת החזר עתידית, בכפוף לזכותי לבקש שלא לקבל הודעות נוספות. במקרה בו מוגשת בקשת החזר עבור קטינים (ילדים עד גיל 18), תשלח הודעה באמצעות המכשיר הסלולארי לבורג (הורה או אפוטרופוס חוקי) אשר מגיש את הבקשה בשם הקטין ובלבד שהבורג חתם על הרשאה לקבלת הודעה בסלולר.

אני, החתום למטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, ו/או מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות המקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות, על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף. עובד שטיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על ידי צד ג' כלשהו למסור לדקלה חברה לביטוח מדוחות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי. אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ו/או יועץ הביטוח ולא תהא לי על טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או ניתני השירות שלהם.

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 ושלומות

תאריך: _____ שם פרטי ושם משפחה: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____

ככל שמדובר בתביעה המוגשת באמצעות עו"ד, יש לצרף יפוי כח מקורי או העתק נאמן למקור החתום ע"י עו"ד. ככל שמדובר בתביעה המוגשת באמצעות אפוטרופוס, יש לצרף יפוי כח מקורי או העתק נאמן למקור החתום ע"י האפוטרופוס.

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

_____ חתימה
 _____ שם + שם משפחה
 _____ תאריך

בקשה לאישור ניתוח / טיפול רפואי

- חלק הרופא -

רופא נכבד, על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן:
חלק ב' – למילוי בידי הרופא המטפל חלק זה ימולא ע"י רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל ימולא ע"י רופא משפחה / ילדים.

1. פרטי המבוטח	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
2. הטיפול המבוטח	המבוטח בטיפולי החל מתאריך: חודש: שנה:	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך
3. האבחנה וסוג הניתוח הנדרש	האבחנה הנוכחית וסוג הניתוח הנדרש: (יש לציין את הסיבה בגינה יש צורך בבדיקה / ניתוח)		
המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך	התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית החלו בתאריך:	הצורך בניתוח נקבע בתאריך:	
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: תאונת עבודה לא כן, פרט תאונת דרכים לא כן, פרט			
4. פרטי הרופא	שם משפחה	שם פרטי	התמחות
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מס' פקס	
5. סיכום מידע רפואי	<u>בנוסף למילוי הפרטים בדף כאמור לעיל, יש לצרף סיכום מידע רפואי על – פי התיק הרפואי.</u>		

חתימת הרופא וחותמת:

תאריך: ____ / ____ / ____