

טופס הודעה על מקרה ביטוח

סוג תביעה: נתוח אמבולטורי סעוד אשפוז תרופות אחר

חלק א': למילוי ע"י המבוטח			
1. פרטי המבוטח	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
	רחוב	מס' בית	יישוב
	מס' פוליסה	מיקוד	
	טלפון בעבודה	טלפון בבית	טלפון סלולארי
	שם קופת החולים	הסניף	הכתובת
	שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל
2. סוג התביעה	<input type="radio"/> ניתוח א. האם יש צורך בביצוע / בצעת? <input type="radio"/> א. פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת קופת חולים - יש לצרף מכתב שחרור וזאת בנוסף על דוח הרופא. <input type="radio"/> ב. בקשה לאישור ותיאום ניתוח - על הרופא המטפל והרופא המנתח למלא הפרטים בחלקים ב' ו-ג' לטופס זה. האם יש השתתפות של קופת חולים? <input type="radio"/> ג. לא <input type="radio"/> כן - אמציא התחייבות מקופ"ח. <input type="radio"/> ד. בצוע ניתוח באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות מקוריות ודו"ח ניתוח. <input type="radio"/> החזר הוצאות רפואיות (פוליסות עם כיסוי אמבולטורי ותרופות). יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) ומסמכים רפואיים בנוסף למילוי הרופאים המטפלים בחלקים ב' ו-ג' בטופס.		
	תאריך	פרטי אירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, קבלת טיפול אלטרנטיבי וכו')	
	<input type="radio"/> סעוד - ימולא בתביעה לפיצוי סיעודי:		
	1. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט 2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט 3. האם אתה מסוגל להתרחץ / להתגלח בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט 4. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט 5. האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט 6. האם אתה שולט על הסוגרים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט		
3. ביטוח בריאות נוספים	האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט משנת מסוג האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט, בחברת האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט, בחברת		
4. הצהרת המבוטח	הנני מצהיר/ה בזאת כי מצב בריאותי אליו נקלעתי ואשר בגינו אני צריך לעבור ניתוח הוא איננו תוצאה של: א. תאונת דרכים למעט ניתוח פלסטי לאחר תאונת דרכים. ד. שירות בצה"ל, לרבות שרות מילואים. ב. תאונת עבודה. ה. פעולה מלחמתית, צבאית משטרתית. ג. פעולות איבה. ו. תאונת ספורט.		
	שם המבוטח	ת.ז.	חתימה

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 הם נכונות ושלמות. **הצהרת ויתור על סודיות רפואית** (במקרה של קטין חתימה של 2 הורים). אני החתום מטה, נתן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ומוסדותיה הרפואיים או סניפיה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, בתי חולים והמוסד לביטוח לאומי ולשלטונות וצה"ל למסור לאילון חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי או של ילדי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר אני או ילדי ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל שלי או של ילדי ומוותר על סודיות כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את באי כוחי דין וכל מי שיבוא במקומי.

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

טופס הודעה על מקרה ביטוח

חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים				
1. פרטי המבוטח	שם מפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	
2. הטיפול במבוטח	המבוטח בטיפול החל מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		
		מתאריך		
3. האבחנה	האבחנה הנוכחית			
	המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך	התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך		הצורך בניתוח נקבע בתאריך
	האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: תאונת עבודה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____ תאונת דרכים <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____			
4. פרטי הרופא	שם המשפחה	השם הפרטי	התמחות	מס' טלפון
	רחוב	מס' בית	יישוב	מס' טלפון סלולארי
		מיקוד	מס' פקס	

.....תאריך חתימה וחותמת הרופא.....

.....תאריך חתימה וחותמת הרופא.....

חלק ג' למילוי בידי הרופא המנתח (טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו)				
1. פרטים על הניתוח המומלץ	שם הניתוח המומלץ			
2. הערות נוספות	בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:			
3. הרופא	שם המשפחה	השם הפרטי	התמחות	מס' טלפון
	רחוב	מס' בית	יישוב	מס' טלפון סלולארי
			מיקוד	מס' פקס
		מיקוד	מס' פקס	

.....תאריך חתימה וחותמת הרופא.....

.....תאריך חתימה וחותמת הרופא.....