

**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.  
**טופס 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	0															
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0	0															
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0	0															
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת	שם רופא המשפחה המטפל																	
<p>האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____</p> <p>האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____</p> <p>האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, משנת _____ מסוג _____</p> <p>האם יש לך ביטוח משלים אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בחברת _____</p> <p>האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בחברת _____</p>																				
<p><input type="radio"/> 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).</p> <p><input type="radio"/> בקשה לפיצוי בגין מחלה קשה / מוות / אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח וכדומה.</p>																				
<p><input type="radio"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות – יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) – פירוט</p>																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>תאריך</th> <th>הסכום בש"ח</th> <th>פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')												
תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')																		
<p>אם הנך מבקש לקבל את התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים <b>וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. לתשומת ליבך - אם לא יצורף האמור לעיל, יועבר התשלום בהמחאה.</b></p> <p>בבנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר החשבון _____</p>																				

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת-חולים ובתי-חולים, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדי ו/או למשרד הבטחון 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 או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להראל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותיי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שתקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האיטפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.  
אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים 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 ושלמות.

**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.

מספר טלפון סלולרי	מספר טלפון	ההתמחות	שם פרטי	שם המשפחה	<b>פרטי הרופא</b>
מספר פקס	מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב	
מספר זהות		שם פרטי		שם משפחה	<b>פרטי המבוטח</b>
מתאריך		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח			<b>הטיפול במבוטח</b> המבוטח בטיפול החל מתאריך שנה   חודש
האבחנה הנוכחית					<b>האבחנה</b>
התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -					
המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -					
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> תאונת דרכים					
אם כן, פרט					