

## טופס הודעה על מקרה ביטוח על פי פוליסה לביטוח בריאות

### מבוטח/ת יקר/ה

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול רפואי באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטיפול זה.

לנוחיותך, להלן דף הנחיות המפורט מטה, הבא להדריך אותך המבוטח בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

סוגי התביעות שעליהן ניתנת הנחיות:

- ניתוח פרטי
- טיפולים אמבולטורים (ייעוץ מומחים בדיקות מעבדה והדמיה (check up)).
- טיפולים אלטרנטיביים.
- תרופות מחוץ לסל הבריאות
- ביטוח סיעודי.
- אישפוזית.

### טופס הודעה על מקרה הביטוח בנוי משלושה חלקים:

חלק א' - ימולא על ידך המבוטח - חלק זה כולל פרטים אישיים עליך ועל מקרה הביטוח.

חלק ב' - ימולא ע"י הרופא המטפל בקופת חולים - חלק זה כולל מידע רפואי על מקרה הביטוח.

חלק ג' - ימולא ע"י הרופא המנתח.

יחד עם טופס ההודעה על מקרה הביטוח, יש להעביר את המסמכים המקוריים כמפורט מטה לחברת הביטוח בהקדם האפשרי.

על מנת להקל עלינו בטיפול בפנייתך, נבקשך להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס ההודעה.

**\*טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.**

### א. ניתוחים

1. ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות המבטח.  
(א) טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וכן ע"י רופא מטפל בקופת חולים (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג').
- (ב) מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.
2. ניתוחים שבוצעו שלא באמצעות המבטח.  
(א) טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המטפל בקופת חולים (חלק ב').
- (ב) סכום ניתוח מבי"ח.
- (ג) קבלות מקוריות במידה והניתוח בוצע באופן פרטי.

### ב. טיפולים אמבולטוריים -

- ייעוץ אצל רופא מומחה, בדיקות מעבדה ו/או אבחנה וכו'.
1. סכום תוצאות הטיפול.
  2. קבלה מקורית.

### ג. רפואה אלטרנטיבית

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה.
  2. סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.
  3. קבלות מקוריות על תשלומים בגין הטיפול.

### ד. תרופות שלא נכללות בסל הבריאות

1. מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע.
2. המלצה של רופא מומחה המעיד על הצורך בתרופה.
3. שם התרופה ומשך הטיפול בה כולל מרשם.

### ה. תביעה בגין מקרה סיעודי.

1. אישורים רפואיים.
- סיכום מחלה מבית החולים.
- מסמכים הכוללים חוות דעת רפואית, תוצאות תעודת מחלה, טיפולים רפואיים וכו'.
2. אישורים הקשורים לאירוע מהמוסד לביטוח לאומי וכו'.

### ו. אישפוזית

1. סיכום מחלה מבית החולים, הכולל מספר ימי האשפוז.

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

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 ההורים).

אני החתום מטה, נותן 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 מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל שלי או של ילדי ומותר על סודיות כלפי "המבקש" ולא תהינה 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.

### חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים

1. פרטי המבוטח	שם המשפחה	השם הפרטי	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 וקבע בתאריך -
	האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:		
	תאונת עבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט תאונת דרכים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט		
4. פרטי הרופא	שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות
	רחוב	מס' בית	יישוב
		מס' הטלפון	מס' טלפון סולארי
		מיקוד	מס' פקס

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:		
	בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:		
2. הערות נוספות	את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך:		
	בבית חולים:		
3. פרטי הרופא	שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות
	רחוב	מס' בית	יישוב
		מס' הטלפון	מס' טלפון סולארי
		מיקוד	מס' פקס

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא: \_\_\_\_\_