

**בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות**

**בקשה למימון/פיצוי בגין ניתוח**

להלן טופס תביעה בגין ניתוח.  
לתשומת ליבך החלק השני של הטופס ימולא ע"י הרופא המטפל בקופת החולים.  
נבקשך להעביר אלינו את הטופס בצירוף המסמכים הבאים:  
\*קבלה/קבלות מקוריות  
\*המלצה ו/או הפנייה לניתוח  
\*סיכום הניתוח - אם כבר בוצע.  
\*טופס וויתור על סודיות רפואית המצ"ב  
\*מסמכים רפואיים המציינים את פרטי הבעיה הרפואית בגינה נדרש הניתוח ומועד אבחון הבעיה.  
יש להחזיר את הטופס לכתובתנו המצוינת ע"ג טופס זה

בכבוד רב,

א"י די איי חברה לביטוח בע"מ

## בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות

### \*\*\*\*\*למילוי ע"י המבוטח\*\*\*\*\*

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו מילוי טופס זה יסייע לטפל בפנייתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופא/ים והקפד על מילוי כנדרש.

שם המבוטח: \_\_\_\_\_ . תאריך לידה: \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

אני חבר בקופת חולים: \_\_\_\_\_ . סניף: \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_

### **פרטים לגבי הניתוח:**

הניתוח נקבע לתאריך: \_\_\_\_\_ . בבית החולים: \_\_\_\_\_

שם הניתוח: \_\_\_\_\_ . מידע נוסף: \_\_\_\_\_

שם הרופא המנתח: \_\_\_\_\_ . כתובת הרופא: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ . טלפון נייד: \_\_\_\_\_ . פקס: \_\_\_\_\_

האם הניתוח בוצע בהשתתפות הביטוח המשלים בקופת החולים (טופס 17) ? (כן) / (לא)

האם הינך מקבל החזר מקופת חולים? (כן) / (לא)

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

### **מסמכים נוספים:**

ניתוח שבוצע באופן פרטי - יש לצרף דו"ח ניתוח וחשבוניות מקוריות בלבד.  
ניתוח שבוצע בבית חולים ציבורי - יש לצרף את סיכום הניתוח/האישפוז/מכתב שחרור.  
ניתוח שבוצע במימון חלקי/מלא של קופ"ח - יש לצרף קבלה מקורית בגין תשלום השתתפות עצמית.

**בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות**

**\*\*\*\*\*למילוי ע"י הרופא המטפל\*\*\*\*\***

אני מכיר את החולה מתאריך: \_\_\_\_\_.

הבעיה ממנה סובל המטופל: \_\_\_\_\_

המטופל סובל מבעיה זו מתאריך: \_\_\_\_\_

התאריך בו נקבע/הומלץ לראשונה הצורך בנייתוח: \_\_\_\_\_

היסטוריה רפואית הקשורה לבעיה הנוכחית: \_\_\_\_\_

האם המטופל סובל מבעיות רפואיות נוספות. (כן) / (לא)

אם כן, אנא פרט את הבעיות הרפואיות תוך ציון המועד הראשון בו אובחנה כל בעיה: \_\_\_\_\_

המלצות על סוג הטיפול שהמבוטח צריך לקבל בגין הבעיה הנוכחית: \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הרופא: \_\_\_\_\_ תחום התמחות: \_\_\_\_\_

חתימת הרופא: \_\_\_\_\_

## טופס ויתור סודיות רפואית

1-10708\_138

שם ומשפחה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מס' הזהות \_\_\_\_\_ מס' אישי בצה"ל \_\_\_\_\_

שם קופ"ח וכתובת הסניף: \_\_\_\_\_

1. אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד, כל רופא, כל מעבדה רפואית, כל מוסד פסיכיאטרי וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי "אי.די.איי." – חברה לביטוח בע"מ" (שתקרא להלן – "אי.די.איי").

2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל – כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, תשלומים של המוסד לביטוח לאומי וכן מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור ל"אי.די.איי." או לבאי – כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד – את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי בעבר או בהווה.

3. הריני מאשר לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו/או שאני מבוטח בה כיום ו/או לכל מוסד אחר ו/או מקום עבודה להעביר ל"אי.די.איי." כל מידע ו/או מסמך לגבי תביעה ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה וכן את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה.

4. הריני מאשר לכל מוסד ו/או מרפאה ו/או רופא שטיפל בי בתחום הנפש לרבות פסיכולוגים ו/או פסיכיאטרים להעביר ל"אי.די.איי." את כל הפרטים ו/או המסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי הנפשי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה לרבות פרטים על טיפול תרופתי שהומלץ לי ו/או שקיבלתי.

5. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"אי.די.איי." או לבאי – כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד.

6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי עפ"י דין וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי היום על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**במקרה של קטין:**

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

