



חברה לביטוח בע"מ  
דקלה ביטוח הבריאות

**תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי**  
**- חלק מבוטח -**

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פניה. בטופס שני חלקים. חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מתורניו, אך יחתמו שני ההורים. אלא קחו בכל פניה למטפל או לרופא מקצועי, את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו. טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ואם החברה בזמנות המבוטח לתשלום כלשהו. יש לצרף לטופס זה בסימכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חודי מיון אם קיימים, חשבוניות/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה. אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

**חלק א' - למילוי בידי המבוטח**

שם משפחה	שם פרטי		מס' ת.ז.	תאריך לידה
	רחוב		מס' בית	מיקוד
	שם מקום העבודה		מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד
	שם מקום העבודה בק/בת הזוג		מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד
שם קופת החולים		סניף	כתובת	
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל		
2. ביטוחי בריאות נוספים	האם הגשת או בכוננתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? לא כן, פרט _____			
	האם הגשת או בכוננתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? לא כן, פרט _____			
	האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? לא כן, משנת _____ מסוג _____			
	האם יש ל ביטוח משלים אחר? לא כן, בחברת _____			
	האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? לא כן, בחברת _____			
3. פירוט תביעות	1. בקשה לפיצוי ניתוח שבוצע בבית חולים ציבורי או בבית חולים פרטי במימון קופת חולים או ביטוח משלים. (נוסף על דוח הרופא שבטופס זה יש לצרף דוח ניתוח בגין הניתוח שבוצע).			
	2. בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט:			
פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')				
השכר בש"ח				
תאריך				
4. אופן תשלום התביעה	נא להעביר לזכות השבועי:			
	בבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת-חולים ובתי חולים, רופאים ואו מי מטעמם ואו למוסד לביטוח לאומי על עובדי-ואו למשרד הביטחון ולצה"ל ואו לרשויות המקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ואו לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ואו קרנות פנסיה ואו לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ואו טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ואו מצוי בידיו חומר כזה שהועבר על ידי צד ג' כלשהו למסדר לדקלה חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בחוזה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בחוזה או קיבלתי בעבר או שתקבל בעתיד ואו צילומים מדיווחות האשפוז שלי ואו כרטיסי הרפואי ואו רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.

אני מוותר על סדויות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות/ואו למי מהרופאים ואו למי מעובדיהם ואו נוהגי השירות שלהם. ניתנת בזאת רשות לחברה לתבוע החוזים ולשכר את התביעה ממני כל שישלש שיש לי מחויבות לביטוח התביעה הנ"ל או חלקה. אני ההתום מטה מצהיר בזאת שהשבועי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



## בקשה לאישור ניתוח / לטיפול רפואי - חלק הרופא -

רופא נכבד, על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אטא ענה על כל השאלות שלהלן:

**חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל חלק זה ימלא על-ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על-ידי רופא משפחה / ילדים.**

1. פרטי המבוטח	שם המשפחה	השם הפרטי	מס' ז.ז.
2. הטיפול במבוטח	המבוטח בטיפול החל מתאריך: חודש _____ שנה _____	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	
3. האבחנה	האבחנה הנוכחית:		
4. פרטי הרופא	המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך:	התלונה/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 המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות
5. סיכום מידע רפואי	רחוב	מספר בית	יישוב
5. סיכום מידע רפואי	מספר טלפון נייד	מספר טלפון	מספר פקס
<b>בנוסף למילוי הפרטים בדף כאמור לעיל, יש לצרף סיכום מידע רפואי על-פי התיק הרפואי.</b>			

חתימת הרופא והותמת

תאריך