

## הודעה על מקרה ביטוח על פי פוליסה לביטוח בריאות

נא לשלוח לפקס 03-7569586 ולבירורים ניתן להתקשר לטלפון 03-7569656

|          |          |
|----------|----------|
| שם הסוכן | מס' סוכן |
|----------|----------|

### 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 ניתנות הנחיות:

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

### טופס ההודעה 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 המבוטח.  
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 המבוטח.  
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.
4. קבלות מקוריות.

### 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.

## חלק א': למילוי ע"י המבוטח

| 1. פרטי המבוטח         |           |                      |                   |             |
|------------------------|-----------|----------------------|-------------------|-------------|
| שם המשפחה              | השם הפרטי | מס' ת.ז.             | תאריך לידה        | מס' הפוליסה |
| רחוב                   |           | מס' בית              | ישוב              | מיקוד       |
| מס' טלפון בעבודה       |           | מס' טלפון בבית       | מס' טלפון סלולארי |             |
| שם קופת החולים         |           | הסניף                | הכתובת            |             |
| שם הרופא המקצועי המטפל |           | שם רופא המשפחה המטפל |                   |             |

## 2. סוג התביעה

ניתוח

אנא סמן כיצד תבצע / בצעת?

- א.  פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת קופת חולים - יש לצרף מכתב שחרור וזאת בנוסף על דוח הרופא.  
 ב.  בקשה לאישור ותיאום ניתוח - על הרופא המטפל והרופא המנתח למלא הפרטים בחלקים ב' ו-ג' לטופס זה. האם יש השתתפות של קופת חולים?  
 ג.  לא  כן - אמצאי התחייבות מקופ"ח.  
 ד.  בצוע ניתוח באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות מקוריות וזו"ח ניתוח.

החזר הוצאות רפואיות (פוליסות עם כיסוי אלטרנטיבי, 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') |
|       |  |
|       |  |
|       |  |

סעוד - ימולא בתביעה לפיצוי סיעודי:

1. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך?  כן  לא, לא, פרט \_\_\_\_\_  
 2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך?  כן  לא, לא, פרט \_\_\_\_\_  
 3. האם אתה מסוגל להתרחץ / להתגלח בכוחות עצמך?  כן  לא, לא, פרט \_\_\_\_\_  
 4. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך?  כן  לא, לא, פרט \_\_\_\_\_  
 5. האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה?  כן  לא, לא, פרט \_\_\_\_\_  
 6. האם אתה שולט על הסוגרים?  כן  לא, לא, פרט \_\_\_\_\_

## 3. ביטוחי בריאות נוספים

|   |   |
|---|---|
| האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, לא, פרט _____        |
| האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?    | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, לא, פרט _____        |
| האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?                  | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, לא, פרט _____        |
| האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר?                   | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, לא, פרט, בחברת _____ |
| האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?                 | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, לא, פרט, בחברת _____ |

## 4. הצהרת המבוטח

הנני מצהיר/ה בזאת כי מצב בריאותי אליו נקלעתי ואשר בגיני 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 משטרית.  
 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 ההורים).

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 לאיילון 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 מרופאים 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 ומותר 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 פרטי ומשפחה | ת.ז. | חתימה |
|-------|----------------|------|-------|

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

|                       |           |          |
|-----------------------|-----------|----------|
| <b>1. פרטי המבוטח</b> |           |          |
| שם המשפחה             | השם הפרטי | מס' ת.ז. |

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| <b>2. הטיפול במבוטח</b>        |        |
| המבוטח בטיפול החל מתאריך _____ |        |
| מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח | מתאריך |
|                                |        |
|                                |        |
|                                |        |

|   |  |
|---|--|
| <b>3. האבחנה</b>                                    |  |
| האבחנה הנוכחית _____                                |  |
| המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך _____      |  |
| התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו מתאריך _____ |  |
| הצורך בנייתוח נקבע בתאריך _____                     |  |
| האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: _____       |  |
| תאונת עבודה   | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____ |
| תאונת דרכים   | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____ |

|                      |                    |         |           |                  |
|----------------------|--------------------|---------|-----------|------------------|
| <b>4. פרטי הרופא</b> |                    |         |           |                  |
| שם המשפחה            | השם הפרטי          | ההתמחות | מס' טלפון | מס' טלפון סולארי |
| רחוב                 | מס' בית            | ישוב    | מיקוד     | מס' פקס          |
| תאריך                | חתימת וחותמת הרופא |         |           |                  |

## חלק ג': למילוי בידי הרופא המנתח

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>1. פרטים על הניתוח המומלץ</b>      |  |
| שם הניתוח המומלץ: _____               |  |
| בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____ |  |
|                                       |  |
|                                       |  |
|                                       |  |
|                                       |  |
| את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____   |  |
| בבית חולים: _____                     |  |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>2. הערות נוספות</b> |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

|                      |                    |         |           |                  |
|----------------------|--------------------|---------|-----------|------------------|
| <b>3. פרטי הרופא</b> |                    |         |           |                  |
| שם המשפחה            | השם הפרטי          | ההתמחות | מס' טלפון | מס' טלפון סולארי |
| רחוב                 | מס' בית            | ישוב    | מיקוד     | מס' פקס          |
| תאריך                | חתימת וחותמת הרופא |         |           |                  |