

הודעה על מקרה ביטוח על פי פוליסה לביטוח בריאות לעובדי אלעד מערכות ובני משפחותיהם

נא לשלוח לפקס 03-6380011 ולברורים ניתן להתקשר לטלפון 03-6380225 או במייל elad@madan.es.com

מבוטח/ת יקר/ה,

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול מהיר ויעיל באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטופס זה. לנוחיותך, להלן דף הנחיות המפורט מטה, שסייע לך-המבטוח בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

סוגי התביעות שעליהן ניתנות הנחיות:

השתלות, טיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בחו"ל, כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, כיסוי לניתוחים פרטיים בארץ מעבר לשב"ן, שירותים רפואיים אמבולטוריים, טיפולים מחליפי ניתוח בארץ ובחו"ל, מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים, סיעוד.

טופס ההודעה על מקרה הביטוח בנוי משני חלקים:

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

חלק ב' - ימולא ע"י הרופא המנתח במקרה של ניתוח.

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.

יש לציין פרטי חשבון בנק לשם ביצוע העברה בנקאית.

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

- | | |
|---|---|
| <p>✓ פרקים 5' – טיפולים מחליפי ניתוח בארץ מעבר לשב"ן/ מהשקל הראשון</p> <ul style="list-style-type: none"> • טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבטוח (חלק א') וע"י הרופא המנתח (חלק ב'). • קבלות מקוריות (נאמן למקור) במידה והניתוח בוצע באופן פרטי. • כמו כן, יש לצרף: מסמכים רפואיים המפרטים מהו מחליף הניתוח הנדרש <p>✓ פרק 6' - ניתוחים בחו"ל ושירותים רפואיים בחו"ל מעבר לשב"ן / מהשקל הראשון</p> <ul style="list-style-type: none"> • ניתוחים פרטיים בחו"ל באמצעות המבטוח. • טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבטוח (חלק א') • והרופא המנתח (חלק ב'). • מסמכים רפואיים המצויים בידי המבטוח וקשורים לניתוח. • ניתוחים שבוצעו שלא באמצעות המבטוח. • טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבטוח (חלק א') • וע"י הרופא המנתח (חלק ב'). • סכום ניתוח מבית החולים. • קבלות מקוריות (נאמן למקור) במידה והניתוח בוצע באופן פרטי. <p>✓ פרק 7 – שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה</p> <p>✓ פרק 8' - שירותים אמבולטוריים</p> <ul style="list-style-type: none"> • ייעוץ אצל רופא מומחה, בדיקות מעבדה ו/או אבחנה וכו'. • סכום תוצאות הטיפול. • קבלה מקורית. | <p>✓ פרק 1' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל</p> <ul style="list-style-type: none"> • טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבטוח (חלק א') וע"י הרופא המנתח (חלק ב'). • מכתב הזמנה מבי"ח בחו"ל לביצוע הניתוח והערכת מחיר • קבלות מקוריות (נאמן למקור) במידה והניתוח בוצע באופן פרטי. • כמו כן, יש לצרף: מסמכים רפואיים המפרטים מהו הניתוח/טיפול מיוחד/השתלה באיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצע את הפרוצדורה. • במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל – חוות דעת של מומחה רפואי בתחום הרלוונטי, הקובע כי הניתוח/טיפול עונה להגדרת "טיפול מיוחד בחו"ל" בפוליסה שברשותך. <p>✓ פרק 2' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</p> <ul style="list-style-type: none"> • מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע. • המלצה של רופא מומחה המעיד על הצורך בתרופה. • שם התרופה ומשך הטיפול בה כולל מרשם. • קבלות מקוריות (נאמן למקור). <p>✓ פרק 4' (א) - ניתוחים בארץ ושירותים רפואיים בארץ מעבר לשב"ן / מהשקל הראשון</p> <ul style="list-style-type: none"> • ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות המבטוח. • טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבטוח (חלק א') • והרופא המנתח (חלק ב'). • מסמכים רפואיים המצויים בידי המבטוח וקשורים לניתוח. • ניתוחים שבוצעו שלא באמצעות המבטוח. • טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבטוח (חלק א') • וע"י הרופא המנתח (חלק ב'). • סכום ניתוח מבית החולים. • קבלות מקוריות (נאמן למקור) במידה והניתוח בוצע באופן פרטי |
|---|---|

הצהרת ויתור על סודיות רפואית (במקרה של קטין חתימה של שני ההורים)

אני הח"מ, המועמד/ת לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן/ת בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או לחברות ביטוח ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקשים"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר/ת אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ".

תאריך	שם פרטי ומשפחה	ת"ז	חתימה
-------	----------------	-----	-------

חלק ב': למילוי בידי הרופא המנתח (במקרה של ניתוח/מחליפי ניתוח)

1. פרטי המבוטח	
שם המשפחה	שם הפרטי
מס' ת"ז	

2. פרטים על הניתוח/מחליף ניתוח המומלץ

שם הניתוח המומלץ _____

בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____

את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____

בבית חולים: _____

3. הערות נוספות

4. פרטי הרופא				
שם המשפחה	שם פרטי	התמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך				חתימה וחותמת הרופא