

טופס תביעה

הפרק הנדון בתביעה _____

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח 1. פרטים מזוהים של המבוטח

מס' הפוליסה		שם משפחה ומרטי		כתובת		ישוב		מיקוד		מס' טלפון	
מס' פקס		מקום העבודה וכתובת		סניף		מס' חבר		שם רופא המשפחה בקופ"ח		מס' טלפון בעבודה	

2. במקרה של ניתוח:

האם הניתוח בוצע _____ כן לא תאריך ניתוח עתידי: _____
 סוג הניתוח _____ מועד הניתוח _____ שם המנתח (אם ידוע) _____ האם הוא מנתח הסכם המופיע בחוברת? כן לא
 שם ביה"ח בו אתה אמור לעבור את הניתוח _____ האם הניתוח יבוצע המסגרת קופת חולים? כן לא

3. א. פרטים רפואיים עקב מחלה

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן _____ תאריך קבלת טיפול ראשון _____
 תאריך אבחנת המחלה וע"י מי _____ שם הרופא המטפל וכתובתו _____

ב. פרטים רפואיים עקב תאונה

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה _____ נסיבות התאונה: האם תאונת עבודה שרות צבאי תאונת דרכים
 טרור אחר _____

ג. יש למלא בכל מקרה

האם אושפזת או הרך מאושפז? לא כן

נא צרף סיכומי מחלה, חוות דעת וכד' לרבות בגין אישפוזים שונים בעבר.

האם טיפול בכך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל, בשנתיים האחרונות? לא כן

פרטי שם הרופא וכתובתו: _____

תאריכי טיפול: _____
 האם אתה סובל ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? לא כן פרט _____

ד. האם יש לך ביטוחים רפואיים נוספים:

1. קופת חולים - קופ"ח מכבי / כללית / מאוחדת / לאומית.

2. תוכנית ביטוח משלים בקופת החולים - דקה / כללית מושלם / קרן מכבי / מכבי מגן / לאומית הפניקס / לאומית 2000 / מאוחדת עדיף / אחר _____

3. תוכנית ביטוח בחברת ביטוח - הפניקס / סהר / מנורה / איילון / מגדל / הראל / כלל / אחר _____

4. האם הגשת תביעה על מקרה הנ"ל למוסד אחר? לא כן אם כן - פרט _____

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתי לעיל הינן מלאות ונכונות, ידוע לי כי על פי הוראות החוק מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או שילול תזות המבוטח לפי/צו שימוי על פי הפוליסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____

חלק ב' - למילוי ע"י הרופא המטפל בקופת החולים (לאחר שהמבוטח מילא חלק א')

פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

א. ציין התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך _____

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים): _____

ג. האם דרוש ביצוע ניתוח? לא כן, פרט _____

ד. האם בוצעו בדיקות רפואיות? לא כן, אם כן מתי ומדוע? באיזה מוסד? ומתן התוצאות? _____

ה. מועד התחלת המחלה/הפגיעה _____

ו. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים) _____

ז. האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: _____

תאונת עבודה לא כן, פרט _____ תאונת דרכים לא כן, פרט _____

טרור לא כן, פרט _____

האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים) _____

שם רופא _____ התמחות _____ חתימת הרופא _____ כתובתו _____

טלפון נייד מס' _____ תאריך _____ טלפון במרפאה _____ מספר פקס. _____