

## פוליסת בריאות: הנחיות להגשת תביעה לאישור / תיאום ניתוח עתידי

### מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, עפ"י כיסוי בפוליסת הבריאות ולפי תנאי פוליסת הביטוח.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את טופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בדף הבא.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו:  
בפקס שמספרו 077-6383290 או באמצעות מייל לכתובת [mailbritvi@clal-ins.co.il](mailto:mailbritvi@clal-ins.co.il)  
או בדואר לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 1123 תל-אביב 6101001  
(מסמכים מקוריים יש לשלוח בדואר בלבד)

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS המעדכן על סטטוס תביעה. אנא ציין את מספר הטלפון הסלולרי שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות ועדכון רציף בסטטוס התביעה.

כלל ביטוח מאפשרת לך לנהל את תביעתך בכל זמן ומכל מקום באמצעות שירות "תביעות און-ליין" שבאתר החברה בכתובת [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il).  
שירות "תביעות און-ליין" מאפשר לך להגיש תביעה דרך האתר ולצפות בסטטוס הטיפול בה, להעלות מסמכים חסרים, לראות את כל התכתובות הנוגעות לתביעה ועוד.

כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.  
מתן כתובת המייל עשוי לייעל את הטיפול בעניינך.

### שים לב!

בכפוף לתנאי הפוליסה שברשותך אם הנך זכאי לכיסוי הניתוח על ידינו ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, באמצעות הביטוח המשלים של קופת החולים או כל גורם אחר, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בגין אי-תביעת הפוליסה.  
מובהר כי קבלת טופס התביעה אצל המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח

**אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: 03-6388400 או 6564\***

בברכה,  
מחלקת תביעות בריאות  
מערך התביעות  
כלל חברה לביטוח בע"מ



## נספח א' - רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

### במקרה של תביעה לאישור / תיאום ניתוח עתידי:

לצורך קיצור זמן הטיפול בתביעה נבקשך לצרף את המסמכים ברשימה לעיל

1. טופס "תביעה לאישור ותיאום ניתוח עתידי" - בטופס שלושה חלקים:  
**חלק א'** - נועד למילוי בידי המבוטח. **חלק ב'** - למילוי בידי הרופא המטפל.  
**חלק ג'** - נועד למילוי על ידי הרופא שעתיד לבצע את הניתוח.  
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים.  
אנא קח עמך את הטופס הזה בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי ובקש מהם למלא את החלק המתאים במלואו.
2. טופס הפנייה לניתוח (או מילוי חלק ג' בטופס התביעה).
3. טופס וויתור סודיות מלא.
4. מסמכים רפואיים הכוללים תולדות מחלה, סיכומי חדר מיון או בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.
5. אישור שב"ן (שירות בריאות נוסף) בגין גובה השתתפות בניתוח (במידה וקיים).
6. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
7. צילום תעודת זהות.



# נספח ב' - טופס הגשת תביעה לאישור / תאום ניתוח עתידי

## חלק א' - למילוי בידי המבוטח

### א. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה
מספר הפקט	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		
כתובת מגורים	רחוב	מס' / ת"ד	יישוב	מיקוד
שם קופת החולים		שם הרופא המקצועי (מקופת החולים)		
<b>דוא"ל</b> אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה ישלחו לדואר אלקטרוני שלי* ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר. * במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני ישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.				
<input type="checkbox"/> אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה ישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.				
<input type="checkbox"/> אני מאשר שחברות בקבוצת כלל תשלחנה אליי, במקום באמצעות דואר ישראל, מסמכים והודעות (לרבות מסמכי פליסה, דוחות שנתיים ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח, הפנסיה והגמל שלי בקבוצת כלל לכתובת הדואר האלקטרוני שלי המצויה בדיהן.				

### ב. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט: _____					
מועד התחלת הביטוח	שם התכנית	שם הקופה / חברה	כן	לא	סוגי ביטוח נוספים שברשותך
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח משלים בקופת החולים
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח רפואי במקום העבודה
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח במקום אחר
האם יש השתתפות של קופ"ח?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	במידה והתשובה חיובית, אמציא התחייבות מקופ"ח (ט' 17): <input type="checkbox"/> לרופא <input type="checkbox"/> לבי"ח <input type="checkbox"/> לרופא ולבי"ח

### ג. הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח (התייעצות עם המנתח / אמבולנס / אחר) - קבלות

תאריך	סכום בש"ח	נא פרט את סוג הטיפול

### ד. פרטי תשלום

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

שם בעל החשבון	שם הבנק	שם סניף	מס' חשבון

\*ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי.

לידיעתך, חברתנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלוח המחאה לפקודתך לכתובת המצוינת בערכת תביעה זו

### שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות

### ה. הצהרת המבוטח:

שימוש במידע ושמירתו:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמת, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שייגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

### הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
 במידה וממונה אפטרופוס (חתימתו):

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על-ידי שני ההורים שבו יצויין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות זהות של המוטבים.

אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע לקבוצת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

## חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימולא ע"י רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא ע"י רופא משפחה / ילדים.  
**רופא נכבד,**  
 על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

### א. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות
_____	_____	_____

### ב. פרטים על טיפול רפואי ומצב בריאותו של המבוטח

פרט מה הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח: \_\_\_\_\_

המבוטח נמצא בטיפול מתאריך: חודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

פרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית: \_\_\_\_\_

האם האבחנה קשורה בתאונה?  לא,  כן, פרט:  תאונת דרכים  תאונת עבודה בתאריך \_\_\_\_\_  אחר \_\_\_\_\_

המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך: \_\_\_\_\_

התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך: \_\_\_\_\_

ממליץ על:  בדיקות  טיפולים  ניתוח  אחר, פרט: \_\_\_\_\_

הצורך בניתוח / טיפול מיוחד נקבע בתאריך: \_\_\_\_\_

### ג. פרטי הרופא המקצועי / המשפחה (מטעם קופת החולים)

שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מס' טלפון בבית	מס' נייד
תאריך	שם הרופא	חתימת הרופא המטפל		

## חלק ג' - למילוי ע"י הרופא המנתח

חלק זה ימולא ע"י הרופא שעתידי לבצע את הניתוח.  
**רופא נכבד,**

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

### פרטים לגבי הניתוח - למילוי ע"י הרופא המנתח

שם הניתוח המומלץ	מועד הניתוח	שם בית החולים
מידע נוסף _____		
_____		
_____		
_____		

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא המנתח \_\_\_\_\_ חתימת הרופא המנתח \_\_\_\_\_



## טופס ויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות	
כתובת מגורים	רחוב	מס'ת"ד	יישוב	מיקוד	

הואיל והגשתי תביעה נגד כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה בזאת למוסד לביטוח לאומי, לקופות החולים ובתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח וכל מאן דבעי למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה ו/או ליועץ הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי.

אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מי מטעמה ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור ולא יהיה בכל גילוי שמקורו בטופס זה ו/או בכל חומר שהושג בקשר עם טופס זה כל עילת תביעה ו/או טענה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981. חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 וחוק חופש המידע התשנ"ח 1998 והיא חלה על כל מידע המצוי ברשותכם אודותי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.  
כתב ויתור זה מחייב אותי ו/או את עזבוני ו/או את בא כוחי ו/או מי מטעמי וכל באי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.  
בכבוד רב,

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

### חתימת עד (חתימה וחותמת)

\*לתשומת לבך, יש מוסדות שלא מאפשרים קבלת תיקים רפואיים ללא חתימת עד רופא/ עו"ד / סוכן (עם מספר רישיון) ולכן על מנת לחסוך זמן, מומלץ להחתים רופא או עו"ד כעד על טופס זה.

שם העד \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

\*לתשומת לבך, תאריך חתימת העד חייבת להיות בהתאמה לחתימת המבוטח.

### במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים, האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין:

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

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

### במקרה שמונה אפוטרופוס - יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי החוק (יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס)

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

