

טופס הודעה על תביעה - נטלי

מבוטח/ת יקר/ה,

מילוי טופס זה יסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, יש לצרף טופס זה בכל פנייה ולהקפיד על מילוי כל הפרטים כנדרש.

פרטי המבוטח/ת:

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת הזהות	תאריך לידה
רחוב	בית	ישוב	מספר טלפון נייד
כתובת דוא"ל	מספר פקס	שם החברה המבטחת	

פירוט התביעה:

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאות (התייעצות רופא מומחה, בדיקה, פיזיותרפיה וכו')

לכל הוצאה יש לצרף את מסמכי המקור בלבד.

נא לוודא כי תאריכי הטיפול/מצינים על גבי החשבונית/קבלה המקורית ובחתימת המטפל.

אופן תשלום התביעה:

נא להעביר לזכות חשבוני בבנק:	שם הבנק	מס' הבנק	מס' הסניף	מס' החשבון
הערות:				

יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון של המבוטח.

חתימת המבוטח:

תאריך	* שם החותם	מספר זהות	חתימה
-------	------------	-----------	-------

* המבוטח או הורה המבוטח במידה והמבוטח הינו מתחת לגיל 18.

דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי על ידי הרופא/ה
פרטי המבוטח/ת:

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת הזהות	שם החברה המבטחת
---------	----------	------------------	-----------------

פרטי הרופא המטפל

שם פרטי	שם משפחה	התמחות	טלפון/נייד
---------	----------	--------	------------

נא ענה על כל השאלות

1. נא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובלת המבוטח/ת:

2. המבוטח/ת בטיפולי מתאריך (שנה וחודש):

ממתי סובלת המבוטח/ת מבעיה זו (על פי התיק הרפואי)? מתאריך

3. נא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית:

מתאריך

4. נא פרטי/י מחלות וליקויים מהם סובלת המבוטח/ת:

מתאריך

מתאריך

מתאריך

5. ממליצה על ייעוץ בדיקה רפואה משלימה פיזיותרפיה אחר, פרטי

הערות הרופא

תאריך	חתימה וחותמת הרופא
-------	--------------------