

תביעה להחזר הוצאות/תרופות – טכניון

- חלק המבוטח -

נא לשלוח לפקס: 077-6383290 או במייל mailbritvi@clal-ins.co.il

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פניה. בטופס שני חלקים. חלק א' – נועד למילוי בידי המבוטח. חלק ב' – למילוי בידי הרופא המטפל. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים.

אנא קחו בכל פנייה למטפל או לרופא מקצועי, את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלאו. **טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.**

יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבוניות/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

פרטי המבוטח

שם המשפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מס' פוליסה/שם קולקטיב
				8418331
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
שם מקום העבודה		מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג		מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי
שם קופת חולים	סניף	שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל	

ביטוח בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? לא כן, פרט _____

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? לא כן, משנת _____ מסוג _____

האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? לא כן, בחברת _____

מסמכים שיש לצרף לטופס התביעה

סיכום מידע רפואי על פי התיק הרפואי ותוצאות הבדיקה בה אובחנה המחלה לראשונה.

מרשם מרופא.

מכתב דחיה מקופת חולים כי התרופה אינה מאושרת לגביך.

בקשה להחזר הוצאות רפואיות – יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) – **פרטי הוצאה:**

אופן תשלום התביעה

במידה והתביעה תאושר התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.

נא למלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

שם _____ מספר _____ מספר _____

בבנק _____ הסניף _____ הסניף _____ חשבון _____

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטוח ו/או לרשויות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בו אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על ידי צד ג' כלשהו למסור לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ כל כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.

נוסף על האמור לעיל, אם תדחה תביעתי על ידי חברת הביטוח, אני מאשר בזאת לחברת הביטוח להעביר את כל החומר הרלוונטי בענייני ליועץ ביטוח הבריאות שמונה על ידי בעל הפוליסה. אני ממנה בזאת את יועץ ביטוח הבריאות לבדוק את החומר ו/או לבצע כל ברור ו/או טיפול בשמי ובעבורי מול חברת הביטוח. לשם כך אני מוותר ויתור גמור סופי ומוחלט על סודיות רפואית כלפי יועץ הביטוח, ואין ולא תהיה לי כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ ו/או כלפי מי מטעמה, בגין העברת החומר הרלוונטי, לרבות חומר רפואי אישי ליועץ ביטוח הבריאות.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.

ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי הנ"ל או חלקה. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך: _____ שם משפחה ופרטי: _____ מספר זהות: _____ חתימה: _____

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל-אביב 66180 ♦ אתר אינטרנט www.clalbit.co.il

מוקד בריאות: טלפון *590 / 03-6388400 ♦

בקשה לאישור תרופה

רופא נכבד,
 על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן:
למילוי בידי הרופא המטפל חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, בהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על ידי רופא משפחה/ילדים.

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
----------	---------	----------

האבחנה

המבוטח בטיפולי החל מתאריך:	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח:	מתאריך:
חודש _____ שנה _____	_____	_____

שם התרופה והתאריך בו הוחלט על הטיפול בתרופה לראשונה:

האבחנה בגינה קיים הצורך בתרופה/ות והתאריך בו התגלתה המחלה:

לכמה זמן הומלץ למבוטח ליטול את התרופה:

עלות התרופה לחודש:

פירוט רשימת תרופות שהמבוטח משתמש:

פרטי הרופא

שם המשפחה	שם פרטי	התמחות	מס' טלפון	מס' טלפון נייד
-----------	---------	--------	-----------	----------------

תאריך:	חתימת הרופא וחותמת:
_____	_____

טופס זה יש לשלוח בפקס – 077-6383290
 נא לצרף כל מסמך רפואי רלוונטי להגשת התביעה

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל-אביב 66180 ❖ אתר אינטרנט www.clalbit.co.il
 מוקד בריאות: טלפון *5590 / 03 - 6388400 ❖