

### ניתוחים בבי"ח פרטי בישראל

יש למלא ולהעביר אלינו באמצעות הדואר או הפקס את טופס בקשה לאישור ולתיאום ניתוח בטופס זה 3 חלקים:  
א. חלק א', הכולל את פרטי המבוטח, עליך למלאו בעצמך - אנא מלא בו את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול בפנייתך;  
ב. חלק ב', נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי הקבוע בקופ"ח (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לניתוח, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים;  
ג. חלק ג', שנועד למילוי על ידי הרופא המנתח שצפוי לבצע את הניתוח.

### מה יקרה בהמשך

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תיבחן על ידינו זכאותך לכיסוי ביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.

### אם הכול ברור ותקין

נאשר זכאותך לכיסוי ביטוחי בגין הניתוח בכפוף לתנאי הפוליסה.

### אם תידרשנה הבהרות כלשהן

ברצוננו להדגיש, כי לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים, לפי הצורך.

### אם יתברר שאינך זכאי לכיסוי/פיצוי על פי הפוליסה

תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי לכיסוי, לאחר שהיו בדינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

### לתשומת ליבך

אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

בברכה,  
אגף תביעות בריאות וחול"ל  
הראל חברה לביטוח

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

- אגף תביעות בריאות וח"ל מספר פקס: 03-7348166 tvbriut@harel-ins.co.il
- למשלוח בדואר: רח' אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן, מיקוד 5211802.
- מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים - 1-700-702-870.
- השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

## חלק א' - למילוי בידי המבוטח

מבוטח נכבד,  
על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא הפרטים בטופס זה בכל פנייה.  
בטופס שלושה חלקים אשר ימולאו על-ידי שלושה גורמים שונים: חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל חלק ג' - למילוי בידי הרופא המנתח.  
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אגף קחו בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי, את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.  
טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.  
יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבונית/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות		תאריך לידה		מספר הפוליסה	
רחוב		מספר בית		יישוב		מיקוד		מספר פקס	
שם מקום העבודה		מספר טלפון בעבודה		מספר טלפון בבית		מספר טלפון סלולרי			
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג		מספר טלפון בעבודה של בן/בת הזוג		מספר טלפון בבית של בן/בת הזוג		מספר טלפון סלולרי של בן/בת הזוג			
שם קופת החולים		סניף		כתובת					
<b>כתובת דואר אלקטרוני*</b> לקבלת דיוורים/מידע וכל מסמך אחר (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) המנוהל ביחס לכל אחד ממוצרי הביטוח או החיסכון על שמך שלך בקבוצת הראל:									
שם הרופא המקצועי המטפל					שם רופא המשפחה המטפל				
פרטי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו. <input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת. לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. *אין האמור לעיל מהווה אישור לשימוש בדוא"ל למידע שיווקי/פרסומי כל עוד לא ניתנה הסכמה נפרדת לעשות שימוש כזה.									

## ב ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, פרט
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, פרט
אם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, משנת _____ מסוג _____
האם יש לך ביטוח משלים אחר?	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, בחברת _____
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, בחברת _____

## ג פירוט הבקשה לאישור ולתיאום ניתוח

האם יש השתתפות של קופת החולים?  לא  כן, אמציא התחייבות מקופת חולים (ט' 17)

לרופא  לבית החולים  לרופא ולבית החולים

החזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) פירוט:

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה
		התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכום שביצע ניתוח
אחר - 1		
2		
3		

