

דף הנחיות להגשת תביעת בריאות בנושא פיצוי בגין ניתוח / פיצוי בגין אשפוז בגין מחלה/תאונה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

ניתוחים שבוצעו בבי"ח פרטי באמצעות הביטוח המשלים (כללית מושלם/פליטנום, מכבי זהב, לאומית זהב, מאוחדת עדיף ומאוחדת שיא) וניתוחים שבוצעו בבי"ח ציבורי באמצעות קופ"ח/ביטוח משלים

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס תביעת בריאות בגין פיצוי בגין ניתוח לאחר שמולאו בו חלקים א' ו-ב' בלבד כדלהלן:
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', שנועד 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. סיכום שחרור/גיליון ניתוח.
ד. במידה ושולמה על ידך השתתפות עצמית יש להעביר קבלה.
ה. הערה: בניתוחים לילדים בגילאי 0-12 יש לצרף מכתב תולדות מחלה מרופא הילדים המטפל בילד באופן קבוע.

אשפוז בגין מחלה או תאונה

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', שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי הקבוע בקופ"ח (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לאשפוז, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
ג. סיכום מיון / סיכום אשפוז.
ד. במידה ושולמה על ידך השתתפות עצמית יש להעביר קבלה.
ה. הערה: בניתוחים לילדים בגילאי 0-12 יש לצרף מכתב תולדות מחלה מרופא הילדים המטפל בילד באופן קבוע.

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 לפיצוי בגין הניתוח/אשפוז 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 לפיצוי, לאחר שהיו בדינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לביורור החבות.

לתשומת ליבך

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

בברכה,

אגף תביעות בריאות וחול'ל
הראל חברה לביטוח

תביעה לפיצוי בגין ניתוח / פיצוי בגין אשפוז בגין מחלה/תאונה

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 שני חלקים אשר ימולאו על-ידי שני גורמים שונים: 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 לרופא המטפל או המקצועי, את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלאו.
טופס זה אינו מהווה 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.

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	יישוב	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	
כתובת דואר אלקטרוני* 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	
פרטיי האישיים הנוכחים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטיי 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
האם 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 התביעה

<input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית חולים ציבורי.
<input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית חולים פרטי במימון קופת-חולים או הביטוח המשלים.
<input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה/תאונה.
.....
.....

