

### 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.

### א פרטי המבוטח

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		

לתשומת ליבך - תשלום יועבר באמצעות ח-ן בנק בלבד.

אם תביעתך לפיצוי/החזר כספי הינה מעל 15,000 ש"ח יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

בבנק: שם הסניף \_\_\_\_\_ מספר הסניף \_\_\_\_\_ מספר החשבון \_\_\_\_\_

במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות הזהות של המוטבים.

ה הצהרת המבוטח

אני/נו החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דורש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שא/נחלה בה בעתיד ו/או/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ו/או יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

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

תאריך: שם+שם משפחה של המבוטח: מספר זהות של המבוטח: חתימת המבוטח:

\_\_\_\_\_

במקרה של קטין, נא למלא גם את השדות הבאים:  
שם+שם משפחה של ההורים

מספר זהות של ההורים: חתימת ההורים:

\_\_\_\_\_

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך: שם+שם משפחה: חתימת המבוטח:

\_\_\_\_\_

י הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל) השקעות בביטוח ושירותים פינוניים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפינוניים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: חתימת המבוטח:

\_\_\_\_\_

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il), באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף תביעות בריאות וח"ל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

ז פסקת התיישנות

הננו להביא לתשומת לבך, כי לפי הוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח.

במידה ומדובר בתביעת קטין, בחישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו טרם מלאו לתובע שמונה-עשרה שנה. ברצוננו להבהיר, כי ככלל, הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

# בקשה לאישור ולתיאום ניתוח

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.
- השיחות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

## למילוי בידי הרופאים

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

## חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

א פרטי הרופא				
שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס

ב פרטי המבוטח	
שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות	

ג הטיפול במבוטח	
מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך
המבוטח בטיפולי החל מתאריך	שנה
חודש	

ד האבחנה	
האבחנה הנוכחית	
המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך: התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך: הצורך בניתוח אובחן לראשונה בתאריך:	
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> אחר, פרט	



חותמת וחתימת הרופא:

תאריך:

## חלק ג' - למילוי בידי רופא המנתח

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

א פרטי הרופא				
שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס

ב פרטים על הניתוח המומלץ	
שם הניתוח המומלץ:	
בדיקות וטיפולים מומלצים על-ידי:	
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך:	
בבית-חולים:	

ג הערות נוספות	



חותמת וחתימת הרופא:

תאריך: