

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

נא לשלוח את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים

לדוא"ל tviot_briut@ayalon-ins.co.il או בפקס: 03-7569586, טלפון לבירורים: 072-2227654

מבוטח/ת יקר/ה,

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול מהיר ויעיל באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטופס זה. לנוחותך, דף הנחיות המפורט מטה, שיייע לך במילוי ובהגשת הטופס ושליחת המסמכים הרלוונטים לחברת הביטוח. **מילוי נכון והגשת המסמכים הנדרשים ייסעו לטפל בתביעתך במהירות וביעילות. נבקשך להקפיד ולמלא את הפרטים באופן מדויק ובכתב יד קריא.**

סוגי התביעות שעליהן ניתנות הנחיות:

- השתלות וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל;
- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות;
- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל;
- שירותים אמבולטוריים;
- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מסלול משלים שב"ן - השתתפות עצמית של 3,000 ש"ח, במידה והניתוח בוצע ללא מעורבות של השב"ן.
- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון - השתתפות עצמית של 3,000 ש"ח, למי שרכש את רובד ההרחבה.

טופס ההודעה על מקרה הביטוח בנוי משלושה חלקים:

- חלק א' - ימולא על ידך המבוטח - חלק זה כולל פרטים אישיים עליך ועל מקרה הביטוח.
 - חלק ב' - ימולא על ידך הרופא המטפל בקופת החולים - חלק זה כולל מידע רפואי על מקרה הביטוח.
 - חלק ג' - ימולא ע"י הרופא המנתח במקרה של ניתוח או מחליף ניתוח.
- יחד עם טופס ההודעה על מקרה הביטוח, יש להעביר את המסמכים המקוריים כמפורט מטה לחברת הביטוח בהקדם האפשרי. על מנת להקל עלינו בטיפול בפנייתך, נבקשך להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס ההודעה. **יש לציין פרטי חשבון בנק לשם ביצוע העברה בנקאית ולצרף תצלום של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או אסמכתא בנקאית. ניתן להעביר את המסמכים באופן דיגיטלי, באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון האישי המקוון.**
- *טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.**

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המנתח (חלק ג'). ○ מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח. • ניתוחים שבוצעו שלא באמצעות המבטח: ○ טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המנתח (חלק ג'). ○ סיכום ניתוח מבית החולים. ○ קבלות - במידה והניתוח בוצע באופן פרטי. <p>5 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מ"השקל הראשון" - בכפוף להשתתפות עצמית של 3,000 ש"ח.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות המבטח: ○ טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המנתח (חלק ג'). ○ מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח. • ניתוחים שבוצעו שלא באמצעות המבטח: ○ טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המנתח (חלק ג'). ○ סיכום ניתוח מבית החולים. ○ קבלות - במידה והניתוח בוצע באופן פרטי. <p>6 - שירותים אמבולטוריים</p> <ul style="list-style-type: none"> • ייעוץ אצל רופא מומחה, בדיקות מעבדה ו/או אבחנה וכו'. • מכתב הפנייה של הרופא המטפל או הרופא המומחה בהתאם לכיסוי הנדרש. • קבלות. | <p>1 - השתלות וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בארץ ובחו"ל</p> <ul style="list-style-type: none"> • טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המנתח (חלק ג'). • מכתב הזמנה מבי"ח בחו"ל לביצוע הניתוח והערכת מחיר. • קבלות - במידה והניתוח בוצע באופן פרטי. • כמו כן, יש לצרף: מסמכים רפואיים המפרטים מהו הניתוח/טיפול מיוחד/השתלה באיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצע את הפרוצדורה. • במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל – חוות דעת של מומחה רפואי בתחום הרלוונטי, הקובע כי הניתוח/טיפול עונה להגדרת "טיפול מיוחד בחו"ל" בפוליסה שברשותך. <p>2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</p> <ul style="list-style-type: none"> • טופס הודעה על תביעה • מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע. • המלצה של רופא מומחה המעיד על הצורך בתרופה. • שם התרופה ומשך הטיפול בה כולל מרשם. • קבלות. <p>3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</p> <ul style="list-style-type: none"> • טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המנתח (חלק ג'). • מכתב הזמנה מבי"ח בחו"ל לביצוע הניתוח והערכת מחיר. • קבלות - במידה והניתוח בוצע באופן פרטי. • כמו כן, יש לצרף: מסמכים רפואיים המפרטים מהו הניתוח, באיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצע את הפרוצדורה. <p>4 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - בכפוף להשתתפות עצמית של 3,000 ש"ח, במידה והניתוח בוצע ללא מעורבות של השב"ן.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות המבטח: |
|--|---|



חלק א' - למילוי על-ידי המבוטח

אני מעוניין להגיש תביעה בגין (נא סמן X במשבצת המתאימה)
 השתלות / טיפול / ניתוח מיוחד בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
 ניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח בארץ - השתתפות עצמית של 3,000 ש"ח, במידה והניתוח בוצע ללא מעורבות של השב"ן.
 ניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח בארץ - השתתפות עצמית של 3,000 ש"ח, למי שרכש את רובד ההרחבה.
 שירותים אמבולטוריים אחר _____

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מס' טלפון בבית	מספר טלפון נייד
פרטי המבוטח/ת	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	תא דואר
כתובת מגורים	Email: _____ @ _____				
כתובת דוא"ל מבוטח					

פרטי חשבון בנק (יש לצרף תצלום המחאה ותצלום תעודת זהות)

שם בנק	שם סניף	מספר סניף	מספר חשבון	שם בעל החשבון

סוג התביעה

ניתוח
אנא סמן כיצד תבצע/בצעת?
 ניתוח באמצעות השב"ן - יש לצרף דוח ניתוח וקבלה על גובה ההשתתפות העצמית ששולמה ע"י המבוטח.
 בקשה לאישור ותיאום ניתוח - על הרופא המנתח למלא פרטים בחלק ב' לטופס זה.
 ביצוע ניתוח באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות ודוח ניתוח.
 החזר הוצאות רפואיות (אמבולטורי ותרופות)
יש לצרף קבלות וחשבוניות ומסמכים רפואיים בנוסף למילוי הרופא המנתח בחלק ב' בטופס.

תאריך	פרטי אירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, קבלת טיפול אלטרנטיבי וכו')

ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?
 האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם אחר כלשהו?
 האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?
 האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר?
 האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?
_____ כן לא פרט _____
_____ כן לא פרט _____
_____ כן לא פרט _____
_____ כן לא פרט _____
_____ כן לא פרט _____

הצהרת ויתור על סודיות רפואית (במקרה קטין נדרשת חתימת שני ההורים)

אני הח"מ, המועמד/ת לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן/ת בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"ליועץ" ו/או לחברות ביטוח ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקשים"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שאני חולה בה כעת ואני משחרר/ת אותם וכל רופא מרפאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"ליועץ".

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימה

חלק ב' - למילוי על-ידי הרופא המטפל בקופת החולים

1. פרטי המבוטח	תאריך	שם משפחה ופרטי	מספר זהות	חתימה 
----------------	-------	----------------	-----------	---

2. פרטים על הטיפול במבוטח

המבוטח בטיפול החל מתאריך _____

מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח: _____

מתאריך _____

3. הערות נוספות

4. פרטי הרופא

שם המשפחה	שם פרטי	התמחות	מס' טלפון	מס' טלפון נייד
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך	חתימה וחותמת הרופא 			

חלק ג' - למילוי על-ידי הרופא המנתח (במקרה של ניתוח / מחליף ניתוח)

1. פרטי המבוטח	תאריך	שם משפחה ופרטי	מספר זהות	חתימה 
----------------	-------	----------------	-----------	---

2. פרטים על הניתוח / מחליף ניתוח מומלץ

שם הניתוח המומלץ _____

בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____

את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____

בבית חולים: _____

3. הערות נוספות

4. פרטי הרופא

שם המשפחה	שם פרטי	התמחות	מס' טלפון	מס' טלפון נייד
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך	חתימה וחותמת הרופא 			