

## טופס תביעה

הפרק הנדון בתביעה

### חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

1. פרטים מזיהים של המבוטח

שם משפחה ופרטי	כתובת	ישוב	מיקוד	מס' טלפון
מספר זהות	מקום העבודה וכתובתו	מס' חבר	מס' פקס	מס' טלפון בעבודה
שם קופ"ח	סניף	שם רופא המשפחה בקופ"ח		

### 2. במקרה של ניתוח:

האם הניתוח בוצע \_\_\_\_\_  כן  לא תאריך ניתוח עתידי: \_\_\_\_\_  
 סוג הניתוח \_\_\_\_\_ מועד הניתוח \_\_\_\_\_ שם המנתח (אם ידוע) \_\_\_\_\_ האם הוא מנתח הסכם המופיע בחוברת?  כן  לא  
 שם ביה"ח בו אתה אמור לעבור את הניתוח \_\_\_\_\_ האם הניתוח יבוצע המסגרת קופת חולים?  כן  לא

### 3. א פרטים רפואיים עקב מחלה

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן \_\_\_\_\_ תאריך קבלת טיפול ראשון \_\_\_\_\_  
 תאריך אבחנת המחלה וע"י מי \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל וכתובתו \_\_\_\_\_

### ב. פרטים רפואיים עקב תאונה

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה \_\_\_\_\_ נסיבות התאונה:  האם תאונת עבודה  שרות צבאי  תאונת דרכים  
 טרור  אחר \_\_\_\_\_

### ג. יש למלא בכל מקרה

האם אושפזת או הנך מאושפז?  לא  כן  
 נא צרף סיכומי מחלה, חוות דעת וכד' לרבות בגין אישפוזים שונים בעבר.  
 האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל, בשנתיים האחרונות?  לא  כן  
 פרטי שם הרופא וכתובתו: \_\_\_\_\_

תאריכי טיפול: \_\_\_\_\_  
 האם אתה סובל ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת?  לא  כן פרט \_\_\_\_\_

### ד. האם יש לך ביטוחים רפואיים נוספים:

1. קופת חולים - קופ"ח מכבי / כללית / מאוחדת / לאומית.

2. תוכנית ביטוח משלים בקופת החולים - דקה / כללית מושלם / קרן מכבי / מכבי מגן / לאומית הפניקס / לאומית 2000 / מאוחדת עדיף / אחר \_\_\_\_\_

3. תוכנית ביטוח בחברת ביטוח - הפניקס / סהר / מנורה / איילון / מגדל / הראל / כלל / אחר \_\_\_\_\_

4. האם הגשת תביעה על מקרה הנ"ל למוסד אחר?  לא  כן אם כן - פרט \_\_\_\_\_

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתי לעיל הינן מלאות ונכונות, ידוע לי כי על פי הוראות החוק מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או שלילת זכות המבוטח לפיצוי/שיפוי על פי הפוליסה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

## חלק ב' - למילוי ע"י הרופא המטפל בקופת החולים (לאחר שהמבוטח מילא חלק א')

פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

א. ציין התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך \_\_\_\_\_

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים): \_\_\_\_\_

ג. האם דרוש ביצוע ניתוח?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

ד. האם בוצעו בדיקות רפואיות?  לא  כן, אם כן מתי ומדוע? באיזה מוסד? ומהן התוצאות? \_\_\_\_\_

ה. מועד התחלת המחלה/הפגיעה \_\_\_\_\_

ו. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים) \_\_\_\_\_

ז. האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: \_\_\_\_\_

תאונת עבודה  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_ תאונת דרכים  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

טרור  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

ח. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים) \_\_\_\_\_

שם רופא \_\_\_\_\_ התמחות \_\_\_\_\_ חתימת הרופא \_\_\_\_\_ כתובתו \_\_\_\_\_

טלפון נייד מס' \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ טלפון במרפאה \_\_\_\_\_ מספר פקס. \_\_\_\_\_

## חלק ג' - שאלון רופא מנתח

א. ציין התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים):

ג. הניתוח/הטיפול המומלץ:

ד. הערות נוספות:

ח. שם רופא \_\_\_\_\_ התמחות \_\_\_\_\_ חתימת הרופא \_\_\_\_\_ כתובתו \_\_\_\_\_

טלפון במרפאה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ מספר פקס \_\_\_\_\_

## חלק ד' - למילוי ע"י המבוטח - ויתור על סודיות רפואית

שם ומשפחה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מס' הזהות \_\_\_\_\_ מס' אישי בצה"ל \_\_\_\_\_ מס' חבר בקופ"ח \_\_\_\_\_

שם קופות החולים וכתובתה \_\_\_\_\_ רופא מטפל \_\_\_\_\_

משחרר בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית, וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי מנורה חברה לביטוח בע"מ (שתקרא להלן - "מנורה")

2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל - כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה - וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי בעבר או שאני מבוטח בהן בהווה, למסור ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד - את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה או שאחלה בעתיד, דוחות אשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.

3. הריני מאשר לכל חברות ביטוח ו/או מוסד אחר להעביר ל"מנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.

4. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד.

5. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו לעיל.

6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי על פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

לראיה באתי על החתום

תאריך	שם המבוטח	חתימה	ת.ז.	עד לחתימה
_____	שם האב _____	_____	_____	עד לחתימה _____
_____	שם האם _____	_____	_____	עד לחתימה _____
_____	שם האפוטרופוס _____	_____	_____	עד לחתימה _____

## חלק ה' - למילוי ע"י המבוטח

### פרטי הבנק להעברת תשלום התביעה - נא לצרף צ'ק לדוגמא

אני

שם המבוטח \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

1. נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו אהיה זכאי בהתאם לפוליסה/ות מספר: \_\_\_\_\_

יועבר על ידי מנורה חברה לביטוח בע"מ

לחשבון מספר \_\_\_\_\_ בבנק מספר \_\_\_\_\_ מספר סניף \_\_\_\_\_

2. רישום העברת הכספים לחשבוני במנורה תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין לי ולא תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה למנורה בכל הקשור לכספים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

## הנחיות להגשת תביעה לפיצוי ו/או שיפוי על פי הסדרי פוליסות "בריאות מושלמת" על כל נספחיה ו"בריאות מושלמת פלוס"

### פרק ו' – מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה.
  2. אישור בית החולים כי ההידבקות באיידס אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים.

### פרק ז' – פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה או סיכום ביניים.
  2. אישור בית החולים כי ההידבקות בנגיף הפטיטיס B אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים.
  3. אישור מחלה.

## "בריאות מושלמת פלוס"

### פרק א' – רפואה אלטרנטיבית

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה.
  2. סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.
  3. קבלות מקוריות על תשלומים בגין הטיפול.

### פרק ב' – בדיקות אבחוניות

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. מכתב הפניה לניתוח של רופא מטפל או רופא מומחה.
  2. אישור על ביצוע הבדיקות.
  3. קבלות מקוריות על תשלומים הקשורים לבדיקות.

### פרק ג' – הפריה חוץ גופית

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. מכתב הפניה של רופא מומחה במחלקת ליקוי פרוין.
  2. צילום ספח של תעודת הזיהוי של המבוטחת.
  3. קבלות מקוריות על תשלומים בגין טיפול ההפרייה.

### פרק ד' – סיקורים גנטיים

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. מכתב הפניה של גנטיקאי לגילוי גנים נישאים למחלות גושה / סיסטיק פיברוזיס / תסמונת ה-X השביר / קנוון ו/או הפנייה של גנטיקאי לבדיקת מי שפיר / סיסי שלייה.
  2. אישור בית החולים על ביצוע הבדיקה.
  3. קבלות מקוריות על תשלומים בגין הסקור הגנטי.

### פרק ה' – סריקה של קולית לסקירת מערכות העובר

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. מכתב הפניה של גניקולוג לביצוע הבדיקה.
  2. אישור גניקולוג על ביצוע הבדיקה.
  3. קבלות מקוריות על תשלומים בגין סקירת מערכות העובר.

### פרק ו' – בדיקות תקופתיות

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. אישור המכון על ביצוע הבדיקות.
  2. קבלות מקוריות על תשלומים בגין הבדיקות.

4. ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים ומסמכים נוספים לפי הצורך.
5. אנו מזידים מראש על שיתוף הפעולה להשגת המידע והמסמכים האמורים לעיל, לצורך קידום הטיפול בתביעה.

בברכה,

מחלקת תביעות

מנורה חברה לביטוח בע"מ

### מבוטח/ת. נכבד/ה,

1. על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך בצורה מסודרת ומהירה, נבקשך למלא את השאלון המצ"ב ולצרף את המסמכים הרלוונטיים לתביעה בהתאם לפרק הנדון בתביעה על פי הפוליסה שנרכשה (ראה להלן).
2. השאלון המצ"ב מורכב מהחלקים הבאים:
  - ♦ שאלון להגשת תביעה אשר ימולא על ידך (חלק א')
  - ♦ שאלון למילוי על ידי הרופא המטפל (חלק ב')
  - ♦ כתב ויתור על סודיות רפואית שיחתם על ידך (חלק ג').
  - ♦ פרטי הבנק אליו הנך מבקש/ת שנעביר את תשלום התביעה (חלק ד').
3. מסמכים רלוונטיים לתביעה:

## "בריאות מושלמת"

### פרק א' – ניתוח פרטי בארץ

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה.
  2. סיכום מחלה מבית חולים.
  3. סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.
  4. אישור על ביצוע ניתוח בבית חולים פרטי או בבית חולים ציבורי.
  5. קבלות מקוריות על תשלומים בגין הניתוח.

### פרק ב' – ניתוח פרטי בחו"ל

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה.
  2. סיכום מחלה מבית חולים.
  3. סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.
  4. קבלות מקוריות על תשלומים בגין הניתוח.
  5. קבלות מקוריות על תשלומים בגין כרטיסי טיסה והוצאות שהות.

### פרק ג' – התייעצות עם רופאים מומחים

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. חוות דעת של המומחים מהארץ ומחו"ל.
  2. קבלות מקוריות על תשלומים בגין התייעצות.
  3. במידה והנך נדרשת/ת לטוס לחו"ל לצורך קיום התייעצות, הנך מתבקש/ת לצרף אישור רופא מומחה בדבר נחיצות הנסיעה לחו"ל וכן קבלות מקוריות על תשלומים בגין רכישת כרטיס טיסה.

### פרק ד' – השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. השתלות בחו"ל
 

הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:

  - 1.1 אישור מאת רופא מומחה מדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.
  - 1.2 אישור מאת הרופא המטפל או מאת בית החולים על ביצוע ההשתלה בחו"ל.
  - 1.3 סיכום מחלה ואבחנות מאת הרופא המטפל בחו"ל ומבית חולים.
  - 1.4 קבלות מקוריות על תשלומים הקשורים בתביעה.

### 2. טיפולים מיוחדים בחו"ל

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
- 2.1 אישור מאת רופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הרלוונטי המעיד כי הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל ואין לו טיפול חליפי בישראל, שאי ביצועו המיידית מסכן את חיי המבוטח וכן שהטיפול הינו מוכר ומקובל.
  - 2.2 מכתב הפניה מאת רופא מומחה לביצוע הטיפול המיוחד.
  - 2.3 אישור מאת הרופא המטפל או מאת בית החולים על ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
  - 2.4 סיכום מחלה ואבחנות מאת הרופא המטפל בחו"ל.
  - 2.5 קבלות מקוריות על תשלומים הקשורים בתביעה.

### פרק ה' – אשפוז כתוצאה ממחלה

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:
1. דו"ח אשפוז וסיכום מחלה מבית חולים.
  2. דו"ח שחרור מבית החולים.