

**תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי חלק המבוטח**

נד, ייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה. חלקים. חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח. חלק ב' (במקרה של ניתוח) - למילוי בידי הרופא המטפל, אלא קח בכל פנייה למטפל או לרופא המקצועי הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו. טח קטיין, ימלא את הטופס אחד מהוריו ויחתום. יוני מהווה התחייבות לתשלום השירות הרפואי ו/או הכרה בזכאות לתשלום כלשהו. טופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות מחדר המיון אם קיימים, חשבונות/ קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה. הליך בירור ויישוב תביעה הינו כדקלמן: קבלת התביעה בחברה, העברתה למחלקה המטפלת, בדיקת פרטי המבוטח, בחינת מסמכי התביעה, איסוף ליונטי הנדרש להחלטה, הפנייה לייעוץ מקצועי (במקרים בהם נדרש), קבלת החלטה ושליחת הודעה למבוטח. ע לך על שיתוף הפעולה.

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' ת.ז.:	תאריך לידה:
רחוב:	מס' בית:	יישוב:	מיקוד:
שם מקום העבודה:	מס' טלפון בבית:	מס' טלפון נייד:	
שם מקום העבודה בן/בת זוג:	מס' טלפון בעבודה:	מס' ת.ז. (במקרה ומדובר בקטין מתחת לגיל 18):	
שם קופת חולים:	סניף:	כתובת:	
שם הרופא המקצועי המטפל:	שם רופא המשפחה המטפל:		
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?	כן, לא פרט כן, לא פרט		
האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?	לא, כן משנת _____ מסוג _____		
האם יש לך ביטוח משלים אחר?	לא, כן, בחברת _____		
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?	לא, כן, בחברת _____		
רוט תביעות	1. בקשה לפיצוי ניתוח שבוצע בבית חולים ציבורי או בבית חולים פרטי במימון קופת חולים או ביטוח משלים. (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח בגין הניתוח שבוצע) 2. בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) ומסמכים רפואיים רלוונטיים, כמצוין בפוליסה - פירוט: פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')		
זמן תשלום התביעה	נא לזכות חשבונאי (ולא אמצעי התשלום ממנו משולמת הפרמיה):	סניף הבנק:	מספר חשבון:

זימתי אני מאשר/ת את הסכמתי לקבל פניות עבורי ועבור ילדי הקטינים (עד גיל 18) באמצעות מכשיר הסלולאר, בכל הנוגע לשירותים הרפואיים שאני ו/או יי הקטינים צורכים כמסגרת תוכנית הביטוח באמצעות "הראל חברה לביטוח בע"מ" (לרבות בקשות חזר). ידוע לי כי זכותי לבקש מכם שלא לקבל הודעות פות בכל שלב שארצה.  
ג לי כי ההרשאה המצויינת לעיל הינה כללית והיא תחול גם לגבי בקשה לקבלת חזר עתידית, ככפוף לזכותי לבקש שלא לקבל הודעות נוספות. קרה בו מוגשת בקשת חזר עבור קטינים (ילדים עד גיל 18), תשלח הודעה באמצעות המכשיר הסלולארי לבורג (הורה או אפוטרופוס חוקי) אשר מגיש את קשה בשם הקטין ובלבד שהבורג חתם על הרשאה לקבלת הודעה בסלולר.

י מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ו/או יועץ הביטוח ולא תהא לי על טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי זהופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או ניתני השירות שלהם.  
זנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחוייבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.  
י: החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלומות

אריך: \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
כל שמדובר בתביעה המוגשת באמצעות עו"ד, יש לצרף יפוי כח מקורי או העתק נאמן למקור החתום ע"י עו"ד. ככל שמדובר בתביעה המוגשת באמצעות צ'יטרופוס, יש לצרף יפוי כח מקורי או העתק נאמן למקור החתום ע"י האפוטרופוס.

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

תאריך \_\_\_\_\_ שם + שם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_