

דיווח על מקרה ביטוח (פוליסת "בריאות לאחות")

מבוטחים יקרים,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולהעניק לך שרות יעיל ומהיר, נודה לכם אם תדאגו למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה. הטופס בנוי משני חלקים: **חלק א'** מיועד למילוי ע"י המבוטח ו**חלק ב'** למילוי ע"י הרופא. אנא הצטייח בטופס זה בכל פנייה למטפל או רופא מקצועי ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו. לאחר מילוי הטופס יש להחזירו לפקס: 1-800-22-57-99. או לכתובת: לבריאות האחות, מחלקת שירות לקוחות ת.ד. 16091, תל-אביב 61160.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

1. פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מס' זהות
שם קופת חולים	סניף	כתובת	שם הרופא המטפל
שם מושפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מס' פוליסה
שם בבית	שם סלולרי	פקס	שם עבודה
2. ביטוחים נוספים		האם הוגשה תביעה לגורם כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/:	
		האם יש לך ביטוח במקום העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/:	
		האם יש לך ביטוח משלים אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/:	
		האם יש לך ביטוח משלים בקופיח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט/:	
3. פירוט התביעה			
3.1 ניתוח			
3.2 החזר הוצאות רפואיות			
יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו)			
תאריך	פרטי האירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, רפאה משלימה כו')	הסכום בע"ח	

הגני הח"מ נותן/ת בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופות חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות המקומיות ומשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהן ו/או לקרנות פנסיה למסור לימנורה חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או היו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שעתידי אני לקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.

אני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או מי מרופאיהם ו/או מי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.

ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

אני הח"מ מצהיר/ה בזאת, שתשובתי על שאלות הנ"ל הן נכונות ושלא.

תחילה

שם משפחה ופרטי

מס' תעודת זהות

תאריך

