טופס הגשת תביעה - לפוליסת ביטוח בריאות לעובדי האוניברסיטה העברית

מבוטח/ת יקר/ה

1. כמבוטח במסגרת פוליסה קולקטיבית לעובדי האוניברסיטה העברית ובני משפחותיהם, באפשרותך להגיש תביעה בהתאם לתנאי הפוליסה לביטוחים הבאים:

מתנת חיים:
- השתלות בארץ ובחו"ל – בכפוף להוראות החוק להשתלות איברים התשס"ח 2008.
- ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.
- ניתוחים בחו"ל.
- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.
- ניתוחים נבחרים ושירותים רפואיים.

מתנת חיים זהב:
- ניתוחים ושירותים רפואיים.
- טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים.
- טיפולים מחליפי ניתוח.
- חוות דעת נוספת בחו"ל.
- שירותים נוספים: רפואה משלימה
- חבילת שירותים במהלך ההיריון וליולדת.

מתנת חיים פלטיניום:
- ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים.
- ביקור רופא עד הבית / המשרד 24 שעות ביממה.
- שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה.
- עזרה ראשונה ברפואת שיניים.
- טיפולים פסיכולוגיים.
- מנוי בעת אירוע לב.

2. לנוחיותך, הנחיות למילוי הטופס והמסמכים הדרושים לנו לטיפול בתביעתך.
במידת הצורך אל תהסס לפנות למוקד השרות שלנו בטלפון 1-700-720-099 שישמח לעזור ולייעץ לך.

כללי: לטיפול יעיל בתביעתך אנא הקפד למלא הפרטים ולחתום במקומות המצויינים.
להלן פרוט האישורים הנחוצים לטיפול בתביעתך לפי סוגי התביעות:

מתנת חיים:

- **השתלות בארץ ובחו"ל** – בכפוף להוראות החוק להשתלות איברים התשס"ח 2008:

- **ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל:**
  1. לניתוח באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג'), מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח, הפניה לניתוח.
  2. לניתוח שלא באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב'), סיכום ניתוח מבית חולים, קבלות מקוריות במידה והניתוח בוצע באופן פרטי, כל המסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.
- **תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות:**
  טופס תביעה, מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע, המלצה של רופא מומחה המעיד על הצורך בתרופה, שם התרופה ומשך הטיפול בה כולל מרשם, קבלות מקוריות, דחיית קופ"ח את כיסוי התרופה.
- **ניתוחים נבחרים ושירותים רפואיים:**
  1. לניתוח באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג'), מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח, הפניה לניתוח.
  2. לניתוח שלא באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב'), סיכום ניתוח מבית חולים, קבלות מקוריות במידה והניתוח בוצע באופן פרטי, כל המסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.

מתנת חיים זהב:
- **ניתוחים ושירותים רפואיים:**
  1. לניתוח באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג'), מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח, הפניה לניתוח.
  2. לניתוח שלא באמצעות המבטח- טופס תביעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וכן על ידי רופא מטפל בקופ"ח (חלק ב'), סיכום ניתוח מבית חולים, קבלות מקוריות במידה והניתוח בוצע באופן פרטי, מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.
- **טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים:**
  טופס תביעה, הפניה לטיפול, ייעוץ אצל רופא מומחה המפרט אודות הבעיה ונסיבות הבעיה, בדיקות מעבדה ו/או בדיקות אבחוניות אודות הבעיה, סיכום תוצאות הטיפול, קבלות מקוריות.
- **טיפולים מחליפי ניתוח:**
  טופס תביעה, הפניה רפואית לטיפול, המלצה לניתוח מרופא מטפל, ייעוץ אצל רופא מומחה המפרט אודות הבעיה ונסיבות הבעיה, בדיקות מעבדה ו/או בדיקות אבחוניות אודות הבעיה, סיכום תוצאות הטיפול, קבלות מקוריות.
- **חוות דעת נוספת בחו"ל:**
  טופס תביעה, סיכום ייעוץ רופא מהארץ, סיכום ייעוץ/חוות הדעת מהרופא בחו"ל, קבלות מקוריות
- **שירותים נוספים: רפואה משלימה:**
  טופס תביעה, מכתב הפנייה של רופא מטפל בקופ"ח אודות הסיבה לטיפולים, סיכום מחלה מבי"ח אם יש, דו"ח אבחנות מרופא מומחה מטפל, קבלות מקוריות (כשמפורט בהן מס טיפולים וסכום בגין כל טיפול).
- **חבילת שירותים במהלך ההיריון וליולדת:**
  טופס תביעה, הפניה לפעולה, סיכום פעולה, קבלות מקוריות.

מתנת חיים פלטיניום:
- **ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים:**
  הפניה לטיפול, ייעוץ אצל רופא מומחה המפרט אודות הבעיה ונסיבות הבעיה, בדיקות מעבדה ו/או בדיקות אבחוניות אודות הבעיה, סיכום תוצאות הטיפול, קבלות מקוריות
- **עזרה ראשונה ברפואת שיניים:**
  טופס תביעה, סיכום פעולה של רופא השינים עם פירוט לפעולה שבוצעה, קבלות מקוריות.
- **טיפולים פסיכולוגיים:**
  טופס תביעה, הפנית רופא מטפל מקופ"ח עם תיאור הבעיה הרפואית, קבלות מקוריות (כשמפורט בהן מס טיפולים וסכום בגין כל טיפול).
- **מנוי בעת אירוע לב:**
  טופס תביעה, דוחות רפואיים אודות המצב הרפואי המאשר אירוע לב, קבלות מקוריות ששולמו למנוי.

200600000/7.2012

בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10957 mail@ayalon-ins.co.il www.ayalon-ins.co.il

דואר התקבל

חלק א

סוג תביעה:

מתנת חיים: ◯ השתלות בארץ ובחו"ל ◯ ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל ◯ ניתוחים בחו"ל
◯ תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ◯ ניתוחים נבחרים ושירותים רפואיים

מתנת חיים זהב: ◯ ניתוחים ושירותים רפואיים ◯ טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים ◯ טיפולים מחליפי ניתוח
◯ חוות דעת נוספת בחו"ל ◯ שירותים נוספים: רפואה משלימה ◯ חבילת שירותים במהלך ההיריון וליולדת.

מתנת חיים פלטיניום: ◯ ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים ◯ עזרה ראשונה ברפואת שיניים
◯ טיפולים פסיכולוגיים ◯ מנוי בעת אירוע לב.

1. פרטים מזהים של המבוטח

דוא"ל: _____@_____

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת מגורים רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
טלפון בית	טלפון נייד		

2. פרטים על מקום העבודה

שם מקום העבודה	סניף/מתקן	מקצוע/עיסוק	טלפון בעבודה
האוניברסיטה העברית			
מס' חבר/עובד	תאריך הפסקת עבודתך	האם חזרת לעבודה? ◯ לא ◯ כן, אם כן פרט/צרף אישורי מעביד	

3. פרטים רפואיים

במקרה מחלה	במועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת טיפול ראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
פרט			
במקרה תאונה	תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת הארוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום הארוע התאונה/הפגיעה
פרט			

שמות הרופאים המטפלים בארוע	כתובתם	תאריכי טיפול
1.	1.	1. .....
2.	2.	2. .....

שם בית החולים המטפל

האם הינת מאושפז כעת בבית חולים? ◯ כן ◯ לא, פרט .....

האם נותחת או שאתה עומד לפני ניתוח? ◯ כן ◯ לא, פרט .....

האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? ◯ כן ◯ לא, פרט .....

האם האם אתה מסוגל לחזור לעבודה כלשהי? ◯ כן ◯ לא, פרט .....

4. ניתוח

אנא סמן כיצד תבצע / בצעת?

א. ◯ פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת קופת חולים - יש לצרף מכתב שחרור וזאת בנוסף על דוח הרופא.

ב. ◯ בקשה לאישור ותיאום ניתוח - על הרופא המטפל והרופא המנתח למלא הפרטים בחלקים ב' ו- ג' לטופס זה. האם יש השתתפות של קופת חולים?

ג. ◯ לא ◯ כן - אמציא התחייבות מקופ"ח.

ד. ◯ בצוע ניתוח באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות מקוריות ודו"ח ניתוח.

◯ **החזר הוצאות רפואיות**

יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) ומסמכים רפואיים בנוסף למילוי הרופאים המטפלים בחלקים ב' ו- ג' בטופס.

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

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דברים הקשורים עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי חוק העל־מת פרטים בהצהרתי זו או אי מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי עפ"י הפוליסה.

תאריך	חתימה

חלק ב - למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים

1. פרטי המבוטח

שם המשפחה	השם הפרטי	מס' ת.ז.

2. הטיפול במבוטח

המבוטח בטיפולי החל מתאריך _____

מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך

3. האבחנה

האבחנה הנוכחית_____

המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך _____

התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו מתאריך _____

הצורך בניתוח נקבע בתאריך _____

האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:

תאונת עבודה ◯ כן ◯ לא, פרט _____

תאונת דרכים ◯ כן ◯ לא, פרט _____

4. פרטי הרופא

שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי

רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס

תאריך	חתימת וחותמת הרופא

חלק ג - למילוי בידי הרופא המנתח

1. פרטים על הניתוח המומלץ

שם הניתוח המומלץ:_____

בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____

את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____

בבית חולים: _____

2. הערות נוספות

3. פרטי הרופא

שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי

רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס

תאריך	חתימת וחותמת הרופא

בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10957 mail@ayalon-ins.co.il www.ayalon-ins.co.il

חלק ד - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב

רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל**איילון חברה לביטוח** (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהלן ו/או איילון חברה לביטוח כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנה 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 להלן.

למרות האמור לעיל, לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____

או על המידע המפורט להלן: _____

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד

שמות נותני השירותים	רופאים	מכונים/מעבדות
מוסדות רפואיים בתי חולים, מרפאות, רופאים פרטיים וכו.'	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

קופ"ח קודמת			מרפאה קודמת	
במקרה של קטין	שם האב	ת.ז.	שם האם	ת.ז.

תאריך	עד לחתימה	ת.ז.	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

תשלום תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית

מחלקת תשלומי ביטוח-אגף הבריאות

תאריך _____

לכבוד

_____

א.ג.נ,

במסגרת מאמצי החברה לשמור על רמת שרות גבוהה, הרינו להודיעכם כי חברתנו מבצעת תשלומים ללקוחות/תובעים באמצעות העברה ישירה לחשבון הבנק.

ההעברה הבנקאית תתבצע רק לאחר בירור הדרישה, קיומה של חבות ביטוחית ולאחר תהליכי אישור של התשלום בהתאם לנוהלי החברה.

הודעה על ביצוע ההעברה תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל.

על מנת שנוכל לבצע את ההעברה הנ"ל, נבקשכם להעביר אלינו ע"ג הספח המצ"ב את הפרטים הדרושים.

התשלום בהעברה בנקאית הינו בטוח יותר, יזרז את תהליך העברת התשלום אליכם ויחסוך זמן יקר שלנו ושלכם.

תודה על שיתוף הפעולה !!!

נא להחזיר לפקס 03-7569586

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
מח' הנה"ח
רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 5250606

הנדון: אישור פרטים לצורך העברה בנקאית

בקשה מס' _____ אירוע מיום _____

הריני מצהיר בזאת כי ברצוני לקבל את התשלום בהעברה בנקאית לחשבון שפרטיו להלן וזיכוי החשבון ישמש אישור לקבלת תגמולי הביטוח.

שם המוטב (עפ"י הרישום בפוליסה)/בעל ח-ן		מס' ת.ז./ח.פ.		מספר טלפון נייד
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
תאריך		שם מוטב/מורשה חתימה		חתימה