

חלק ג' - שאלון רוכא מנתח

א. ציין התקופה בה נמצא המבוטח בסיפולך

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

ג. הניתוח/הטיפול המומלץ:

ד. הערות נוספות:

ה. שם רוכא _____ התמחות _____ חתימת הרוכא _____ כחובתו _____

טלפון במרפאה _____ תאריך _____ טלפון נייד _____ מספר מקס _____

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

שם ומשפחה _____ כחובת _____

מס' הזהות _____ מס' אישי כצה"ל _____ מס' חבר בקופ"ח _____

שם קופות החולים וכתובתה _____ רוכא מטפל _____

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

2. הריני מתן בזה רשות לכל המגויים לעיל - כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד תברואות, לשכת תברואות 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 לימנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד - את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שהליתי 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 לימנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או מוליסת ביטוח בנדרש על ידה.

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

5. בקשתי זו יכה 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 נוחי השרותים שיפורטו לעיל.

6. ויתור זה מחייב אותי, את עזובני, באי כוחי על פי דין וכל מי שיכוא כמקומי.

לראיה כאתי על החתום

תאריך	שם המבוטח	חתימה	ת.ז.	עד לחתימה
ממקרה של קטין: שם האב _____	ת.ז. _____	חתימה _____	ת.ז. _____	עד לחתימה _____
שם האם _____	ת.ז. _____	חתימה _____	ת.ז. _____	עד לחתימה _____
שם האפוטרופוס _____	ת.ז. _____	חתימה _____	ת.ז. _____	עד לחתימה _____

חלק ה' - למילוי ע"י המבוטח

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

אני _____ שם המבוטח _____ מס' ת.ז. _____ כחובת _____ טלפון _____

1. מתן בואה תוראה כלפי חוזרת שכל תשלום לו אחיה וכאי כוחתם למוליסה/ות מסכרו: _____

יועבר על ידי מנורה חברה לביטוח בע"מ

לחשבון מספר _____ כנוק 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 לממרה ככל הקשור לכספים.

תאריך _____ חתימה _____

טופס תביעה

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח
1. פרטים מזוהים של המבוטח

שם משפחה ופרטי		כתובת	ישוב	מיקוד	מס' טלפון
מספר זכות		מקום העבודה וכתובתו	מס' מקס	מס' טלפון בעבודה	
שם קוב"ח		סיף	מס' חבר	שם רופא המשפחה בקוב"ח	

2. במקרה של ניתוח:

האם הניתוח נוצע כן לא תאריך ניתוח עתיד: _____
 סוג הניתוח: _____ מועד הניתוח: _____ שם המנתח (אם ידוע): _____
 האם הוא מנתח הסכם המוכיח 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

האריך 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, כשנתיים 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 - דקלה / כללית מושלם / קרן מכבי / מכבי חג / לאומית הכניקס / 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 תשובותי לעיל הינן מלאות ונכונות, ידוע לי כי על פי הוראות החוק מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או שילול זכות המבוטח לפיצוי/שיכוי 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? כאיזה מוסדל ומהן התוצאות? _____

ה. מועד התחלת המחלה/הפגיעה _____

ו. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעה גוף קודמת (ציין פרטים) _____

ז. האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: _____

האונת עבודה לא כן, פרט _____ תאונת דרכים לא כן, פרט _____

טרור לא כן, פרט _____

ח. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעה גוף קודמת (ציין פרטים) _____

שם רופא _____ התמחות _____ חתימת הרופא _____ כתובת _____

טלפון נייד מס' _____ תאריך _____ טלפון במרפאה _____ מספר פקס _____