



אגף תביעות בריאות וחיים  
בית הראל, אבא הילל 3, ת.ד. 1951  
רמת-גן 52118

מספר פקס 03-7547900

**הראל**  
חברה לביטוח

**תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי**  
הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

**חלק א - למילוי בידי המבוטח**

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה. בטופס שני חלקים. חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אגף קחו בכל פנייה לרופא המטפל או למקצועי, את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו. טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו. יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבונית/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מספר הפוליסה															
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס															
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0															
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0															
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת																	
שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל																		
<b>ביטוחי בריאות נוספים</b>	<p>האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____</p> <p>האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____</p> <p>האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, משנת _____ מסוג _____</p> <p>האם יש לך ביטוח משלים אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בחברת _____</p> <p>האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בחברת _____</p>																		
<b>פירוט התביעה</b>	<p><input type="radio"/> בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית-חולים ציבורי או בבית-חולים פרטי במימון קופת-חולים או הביטוח המשלים. (נוסף על דוח הרופא שבטופס זה יש לצרף דוח ניתוח בגין הניתוח שבוצע).</p> <p><input type="radio"/> בקשה לפיצוי בגין מחלה קשה / מוות / אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח וכדומה.</p>																		
	<p><input type="radio"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט</p>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>תאריך</th> <th>הסכום ב"ח</th> <th>פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				תאריך	הסכום ב"ח	פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')												
תאריך	הסכום ב"ח	פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')																	
<b>אופן תשלום התביעה</b>	<p>אם הגן מבקש לקבל את התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. לתשומת ליבך - אם לא יצורף האמור לעיל, יועבר התשלום בהמחאה.</p> <p>בבנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר החשבון _____</p>																		

אנחנו והתבטוחים מטה, נותנים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדות הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למלא ולמסור למשרד הבטוח ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד גורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בעימך להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירש על ידי המבקשים על מצב בריאותם ו/או על כל מחלה שחלתו בה בעבר ו/או שאנחנו חולאים בה כעת ו/או שאנחנו בה בעת ו/או שאנחנו במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים. ויתור זה מחייב את עזבונינו ובאי כוחנו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים. ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החוזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנייל או חלקה. אני והתבטוח מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנייל הן נכונות ושלמות.

תאריך \_\_\_\_\_ שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

## טופס ייפוי כח להגשת תביעת בריאות באינטרנט באמצעות סוכן ביטוח

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

### פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר טלפון סלולרי
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני* לקבלת דיוורים/מידע וכל מסמך אחר (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) המנוהל ביחס לכל אחד ממוצרי הביטוח או החיסכון על שמך שלך בקבוצת הראל:			
@			
פרטי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל.			

\*אין האמור לעיל מהווה אישור לשימוש בדוא"ל למידע שיווקי/פרסומי כל עוד לא ניתנה הסכמה נפרדת לעשות שימוש כזה.

### הצהרת המבוטח

הגני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם+שם משפחה: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

### פסקת התיישנות

הגנו להביא לתשומת לבך, כי לפי הוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. במידה ומדובר בתביעת קטין, בחישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן עד למלאת לתובע שמונה עשרה שנה.  
ברצוננו להבהיר, כי ככלל, הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

אגף תביעות בריאות וחיים  
 בית הראל, אבא הילל 3, ת.ד. 1951  
 רמת-גן 52118



**הראל**  
 חברה לביטוח

**תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי**

מספר פקס 03-7547900

**חלק ב - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל**

רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

חלק זה ימלא על-ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

פרטי הרופא	שם המשפחה		שם פרטי		ההתמחות		מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
	רחוב			מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס	
פרטי המבוטח	שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות			
הטיפול במבוטח	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח							מתאריך
	המבוטח בטיפול החל מתאריך							
	שנה		חודש					
האבחנה	האבחנה הנוכחית							
	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית הועזילו בתאריך -							
	האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> תאונת דרכים							
	אם כן, פרט							