

הנחיות להגשת תביעה לפיצוי ו/או שיפוי על פי הסדרי פוליסות "בריאות מושלמת" על כל נספחיה ו"בריאות מושלמת פלוס"

מבוטח/ת נכבד/ה,

- על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך בצורה מסודרת ומהירה, נבקשך למלא את השאלון המצ"ב ולצרף את המסמכים הרלוונטים לתביעה בהתאם לפרק הנדון בתביעה על פי הפוליסה שנרכשה (ראה להלן).
- השאלון המצ"ב מורכב מהחלקים הבאים:**
 - שאלון להגשת תביעה אשר ימואל על ידך (שאלון מבוטח).
 - פרטי הבנק אליו הנך מבקש/ת שנעביר את תשלום התביעה. (שאלון מבוטח).
 - שאלון למילוי על ידי הרופא המטפל.
 - כתב ויתור על סודיות רפואית שיחתם על ידך.
- מסמכים רלוונטים לתביעה.

"בריאות מושלמת"

פרק א' - ניתוח פרטי בארץ

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות וכן את המסמכים הבאים:
- מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה.
 - סיכום מחלה מבית חולים.
 - סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.
 - אישור על ביצוע ניתוח בבית חולים פרטי או בבית חולים ציבורי.
 - קבלות מקוריות על תשלומים בגין הניתוח.

פרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות ואת המסמכים הבאים:
- מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה.
 - סיכום מחלה מבית חולים.
 - סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.
 - אישור על ביצוע ניתוח בבית חולים פרטי או בבית חולים ציבורי.
 - קבלות מקוריות על תשלומים בגין כרטיסי טיסה והוצאות שהות.

פרק ג' - התייעצות עם רופאים מומחים

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון מבוטח ואת המסמכים הבאים:
- חוות דעת של המומחים מהארץ ומחו"ל.
 - קבלות מקוריות על תשלומים בגין התייעצות.
 - במידה והינך נדרש/ת לטוס לחו"ל לצורך קיום התייעצות, הנך מתבקש/ת לצרף אישור רופא מומחה בדבר נחיצות הנסיעה לחו"ל וכן קבלות מקוריות על תשלומים בגין רכישת כרטיס טיסה.

פרק ד' - השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

- השתלות בחו"ל**

הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות וכן ואת המסמכים הבאים:

 - אישור מאת רופא מומחה מדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, שקבע את הצורך בביצוע ההשתלה.
 - אישור מאת הרופא המטפל או מאת בית החולים על ביצוע ההשתלה בחו"ל.
 - סיכום מחלה ואבחנות מאת הרופא המטפל בחו"ל ומבית חולים.
 - קבלות מקוריות על תשלומים הקשורים בתביעה.
- טיפולים מיוחדים בחו"ל**

הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות וכן את המסמכים הבאים:

 - אישור מאת רופא מומחה מדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הרלוונטי, המעיד כי הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל ואין לו טיפול חליפי בישראל, שאי ביצועו המידי מסכן את חיי המבוטח וכן שהטיפול הינו מוכר ומקובל.
 - מכתב הפניה מאת רופא מומחה לביצוע הטיפול המיוחד.
 - אישור מאת הרופא המטפל או מאת בית החולים על ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
 - סיכום מחלה ואבחנות מאת הרופא המטפל בחו"ל.
 - קבלות מקוריות על תשלומים הקשורים בתביעה.

פרק ה' - אשפוז כתוצאה ממחלה

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות וכן את המסמכים הבאים:
- דו"ח אשפוז וסיכום מחלה מבית חולים.
 - דו"ח שיחרור מבית חולים.

- פרק ו' - מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS**
- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות וכן את המסמכים הבאים:

- סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה.
- אישור בית החולים כי ההידבקות באיידס אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים.

פרק ז' - פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות וכן את המסמכים הבאים:
- סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה או סיכום ביניים.
 - אישור בית החולים כי ההידבקות בנגיף הפטיטיס B אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים.
 - אישור מחלה.

פרק ח' - תרופות

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון מבוטח, שאלון רפואי, ויתור סודיות וכן את המסמכים הבאים:
- מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה לרכישת תרופה.
 - מרשם.
 - סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה או סיכום ביניים.
 - קבלות מקוריות על תשלום.

"בריאות מושלמת פלוס"

פרק א' - רפואה אלטרנטיבית

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות וכן את המסמכים הבאים:
- מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה.
 - סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.
 - קבלות מקוריות על תשלומים בגין הטיפול.

פרק ב' - בדיקות איבחוניות

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות וכן את המסמכים הבאים:
- מכתב הפניה לניתוח של רופא מטפל או רופא מומחה.
 - אישור על ביצוע הבדיקות.
 - קבלות מקוריות על תשלומים הקשורים לבדיקות.

פרק ג' - הפריה חוץ גופית

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון רפואי, שאלון מבוטח, ויתור סודיות וכן את המסמכים הבאים:
- מכתב הפניה של רופא מומחה במחלקת ליקוי פריון.
 - צילום ספח של תעודת הזיהוי של המבוטחת.
 - קבלות מקוריות על תשלומים בגין טיפול ההפריה.

פרק ד' - סיקורים גנטיים

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון מבוטח ואת המסמכים הבאים:
- מכתב הפניה של גנטיקאי לגילוי גנים נישאים למחלות גושה / סיסטיקי פיברוזיס / תסמונת ה-X השברי / קנוון ו/או הפניה של גנטיקאי לבדיקת מי שפיר / סיסטי שליה.
 - אישור בית החולים על ביצוע הבדיקה.
 - קבלות מקוריות על תשלומים בגין הסיקור הגנטי.

פרק ה' - סריקה על קולית לסקירת מערכות העובר

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון מבוטח ואת המסמכים הבאים:
- מכתב הפניה של גניקולוג לביצוע הבדיקה.
 - אישור גניקולוג על ביצוע הבדיקה.
 - קבלות מקוריות על תשלומים בגין סקירת מערכות העובר.

פרק ו' - בדיקות תקופתיות

- הנך מתבקש/ת לצרף שאלון מבוטח ואת המסמכים הבאים:
- אישור המכון על ביצוע הבדיקות.
 - קבלות מקוריות על תשלומים בגין הבדיקות.

- ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים ומסמכים נוספים לפי הצורך.
- אנו מודים מראש על שיתוף הפעולה להשגת המידע והמסמכים האמורים לעיל, לצורך קידום הטיפול בתביעה.
- אנו ממליצים להיכנס לאתר מנורה menoramivt.co.il לקריאת מידע על זכויותיך.

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

טופס תביעה - שאלון למבוטח

הפרק הנדון בתביעה _____

חלק א'

1. פרטים מזהים של המבוטח:

שם משפחה ופרטי	כתובת	ישוב	מיקוד	מס' טלפון	דוא"ל
מספר זהות	מקום העבודה וכתובתו	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בעבודה	
שם קופת החולים	סניף	מס' חבר	שם רופא משפחה בקופ"ח		

2. במקרה של ניתוח:

האם הניתוח בוצע כן לא תאריך ניתוח עתידי: _____
 סוג הניתוח _____ מועד הניתוח _____ שם המנתח (אם ידוע) _____ האם הוא מנתח הסכם המופיע בספר? כן לא
 שם ביה"ח בו אתה אמור לעבור את הניתוח _____ האם הניתוח יבוצע במסגרת 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:

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה _____ נסיבות התאונה: 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 אשפוזים שונים בעבר.
 האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל, בשנתיים האחרונות? לא כן
 פרטי שם הרופא וכתובת: _____

תאריכי טיפול: _____

האם אתה סובל ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת לא כן פרט: _____

ד. האם יש לך ביטוחים רפואיים נוספים:

- קופת חולים: מכבי / כללית / מאוחדת / לאומית.
- תוכנית ביטוח משלים בקופת החולים: דקלה / כללית מושלם / קרן מכבי / מכבי מגן / לאומית הפניקס / לאומית 2000 / מאוחדת עדיף / אחר _____
- תוכנית ביטוח בחברת ביטוח: הפניקס / סהר / מנורה מבטחים / איילון / מגדל / הראל / כלל / אחר _____
- האם הגשת תביעה על מקרה הנ"ל למסד 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 שלילת זכות המבוטח לפיצוי/שיפוי על פי הפוליסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____

חלק ב'

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

שם המבוטח _____ מס' ת.ז. _____ כתובת _____ טלפון _____

1. נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו יהיה זכאי בהתאם לפוליסה/ות מספר: _____ יועבר על ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

לחשבון מספר _____ בבנק מספר _____ מספר הסניף _____

2. רישום העברת הכספים לחשבוני במנורה מבטחים ביטוח בע"מ תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין לי ולא תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה למנורה בכל הקשור לכספים.

תאריך _____ חתימה _____

טופס תביעה - שאלון רפואי

הפרק הנדון בתביעה _____

חלק א'

1. פרטים מזהים של המבוטח

שם משפחה ופרטי	כתובת	ישוב	מיקוד	מס' טלפון	דוא"ל
מספר זהות	מקום העבודה וכתובתו	מס' טלפון בעבודה		מס' טלפון בעבודה	
שם קופת החולים	סניף	מס' חבר	שם רופא משפחה בקופ"ח		

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 בטיפוּלך: _____
- 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? באיזה מוסד? ומהן התוצאות? _____
- ה. מועד התחלת המחלה/הפגיעה: _____
- ו. האם אפשר ליחס את המצב בריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים): _____
- ז. האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: _____
 תאונת עבודה לא כן, פרט: _____
 תאונת דרכים לא כן, פרט: _____
 טרור לא כן, פרט: _____
- ח. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים): _____

שם הרופא _____ התמחות _____ חתימת הרופא _____ כתובת _____
 מס' טלפון נייד _____ תאריך _____ טלפון במרפאה _____ מספר פקס _____

חלק ג' - שאלון רופא מנתח

- א. ציין התקופה בה נמצא המבוטח בטיפוּלך _____
- ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים): _____
- ג. הניתוח/הטיפול המומלץ: _____
- ד. הערות נוספות: _____

שם הרופא _____ התמחות _____ חתימת הרופא _____ כתובת _____
 מס' טלפון נייד _____ תאריך _____ טלפון במרפאה _____ מספר פקס _____

טופס תביעה - ויתור סודיות

שם משפחה ופרטי	כתובת	טלפון נייד
מספר זהות	מספר אישי בצה"ל	מס' חבר בקופ"ח
שם קופת החולים וכתובתה	רופא מטפל	

- משחרר בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית, וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן - "מנורה מבטחים")
2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל - כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות 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 ל"מנורה מבטחים" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד - את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה או שאחלה בעתיד, דוחות אשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואיים ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.
3. הריני מאשר לכל חברות ביטוח ו/או מוסד אחר להעביר ל"מנורה מבטחים" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.
4. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"מנורה מבטחים" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד.
5. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1891 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 לעיל.
6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי על פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום

תאריך	שם מבוטח	חתימה	ת.ז.	עד לחתימות
במקרה של קטין:	שם האב	ת.ז.	חתימה	עד לחתימה
	שם האם	ת.ז.	חתימה	עד לחתימה
	שם האפוטרופוס	ת.ז.	חתימה	עד לחתימה