

הודעה על תביעה - ביטוח רפואי

שם הסוכן _____

מבוטח/ת יקר/ה,
מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר.
נא להצטייד בטופס בכל פנייה לשירות רפואי ולהקפיד על מילוי כנדרש.

פרטי המבוטח/ת

מסי זהות				שם משפחה				שם פרטי				מסי פוליסה			
שם כתב השירות				מסי פקס				מסי סלפון				מקום עבודה		תאריך לידה	
כתובת דוא"ל				"שוב				מסי דירה		מסי		רחוב			

ביטוחים נוספים

				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח	
תחילת ביטוח		שם התוכנית		שם הקופה			
						<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
תחילת ביטוח		שם התוכנית		שם החברה		האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה	
תחילת ביטוח		שם התוכנית		שם החברה		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
						האם יש לך ביטוח רפואי במקום אחר	

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים - למילוי על יד המבוטח/ת

		נא לפרט את סוג הטיפול: יעוץ רופא / רפואה משלימה / פיזיותרפיה / בדיקות הריון / אחר		תאריך	

(* לכל הוצאה יש לצרף את מסמכי המקור בלבד)

תאריך		שם החותם		מסי זהות		חתימה	

דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי על ידי הרופא/ה

מס' זהות								שם משפחה				שם פרטי				מס' פוליסה			

נא ענה על כל השאלות			
		נא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובלת/ת המבוטח/ת	
		מתאריך	ממתי נמצאת/ת המבוטח/ת בטיפולך?
		מתאריך	ממתי סובלת/ת המבוטח/ת מבעיה זו?
		נא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית	
האם המבוטח/ת סובלת/ת מבעיות רפואיות נוספות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אנא פרטי/י את כל האבחנות			
		מתאריך	אבחנה
		מתאריך	אבחנה
		פרטי/י	
		ממליץ/ה על <input type="checkbox"/> יעוץ <input type="checkbox"/> בדיקה <input type="checkbox"/> רפואה משלימה <input type="checkbox"/> פיזיותרפיה <input type="checkbox"/> אחר, פרטי/י	
		מומחיות	שם הרופא/ה

תאריך	שם החותם	חתימה