

תביעה לפיצוי בגין ניתוח / פיצוי בגין אשפוז בגין מחלה/תאונה

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

- אגף תביעות בריאות וח"ל מספר פקס: 03-7348166 tvbriut@harel-ins.co.il
- למשלוח בדואר: רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן, מיקוד 5211802.
- מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים - 1-700-702-870.
- השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

מבוטח נכבד,
על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא הפרטים בטופס זה בכל פנייה.
בטופס שני חלקים אשר ימולאו על-ידי שני גורמים שונים: חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל.
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי, את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלאו.
טופס זה אינו מהווה 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.

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	יישוב	מספר פקס
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בעבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בבית של בן/בת הזוג	מספר טלפון סלולרי של בן/בת הזוג
שם קופת החולים	סניף	כתובת	
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:			
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל	
פרטיי האישיים הנוכחים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטיי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו. <input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת. לידיעה - במידה ולא אשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. *אין האמור לעיל מהווה אישור לשימוש בדוא"ל למידע שיווקי/פרסומי כל עוד לא ניתנה הסכמה נפרדת לעשות שימוש כזה.			

ב ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, משנת
האם יש לך ביטוח משלים אחר?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת

ג פירוט התביעה

<input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית חולים ציבורי.
<input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבית חולים פרטי במימון קופת-חולים או הביטוח המשלים.
<input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה/תאונה.
.....
.....

קבלת התשלום הינה באמצעות העברה בנקאית בלבד. יש לציין את פרטי חשבון הבנק:


בבנק: שם הסניף מספר הסניף מספר החשבון:


לתשומת ליבך - אם תביעתך לפיצוי/החזר כספי הינה מעל 15,000 ₪ יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות הזהות של המוטבים.

ה הצהרת המבוטח

אני/נו החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דורש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאנחלה בה בעתיד ו/אני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ו/או יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עצבוננו ובאי כוחנו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

ניתנת בזו כזכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך: שם+שם משפחה של המבוטח: מספר זהות של המבוטח: חתימת המבוטח: 

במקרה של קטין, נא למלא גם את השדות הבאים: שם+שם משפחה של ההורים: מספר זהות של ההורים: חתימת ההורים: 

הנני 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: 

י הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: חתימת המבוטח: 

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף תביעות בריאות וחוי"ל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

ז פסקת התיישנות

הננו 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.