

חלק א': למילוי ע"י המבוטח

| 1. פרטי המבוטח | | | | |
|--|---------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מס' זהות | תאריך לידה | מס' הפוליסה |
| רחוב | | מס' בית | ישוב | מספר פקס |
| שם מקום העבודה | | מס' טלפון בעבודה | מס' טלפון בבית | מס' טלפון נייד |
| שם מקום העבודה של בן/בת זוג | | מס' טלפון בעבודה של בן/בת זוג | מס' טלפון בבית של בן/בת זוג | מס' טלפון נייד של בן/בת זוג |
| שם קופת חולים | | 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 בקבוצת איילון | | | | |
| שם הרופא המקצועי המטפל | | שם רופא המשפחה המטפל | | |
| <p>פרטיי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטיי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת איילון 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 אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז. תעשה איילון 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.</p> | | | | |

2. סוג התביעה

ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל

אנא סמן כיצד תבצע / ביצעת?

א. פיצוי בגין ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע במסגרת קופת חולים - יש לצרף מכתב שחרור וזאת בנוסף על דוח הרופא.
ב. בקשה לאישור ותיאום ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל - על הרופא המטפל והרופא המנתח למלא הפרטים בחלקים ב' ו-ג' לטופס זה. האם יש השתתפות של קופת חולים?
 לא כן - אמצאי התחייבות מקופ"ח.

ג. ביצוע ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות ודו"ח ניתוח.
 תרופה - בקשה לאישור תרופה - התוויה רפואית, שם התרופה ומרשם עדכני.
 מחלות קשות - שם המחלה, סיכום רפואי, דוח פתולוגי, סיכום אשפוז.
 החזר הוצאות רפואיות (פוליסות עם כיסוי אלטרנטיבי, אמבולטורי).

יש לצרף קבלות וחשבוניות / העתק קבלות וחשבוניות באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון) ומסמכים רפואיים בנוסף למילוי הרופאים המטפלים בחלקים ב' ו-ג' לטופס.

| תאריך | פרטי אירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, קבלת טיפול אלטרנטיבי וכו') |
|-------|--|
| | |
| | |
| | |

סיעוד - ימולא בתביעה לפיצוי סיעודי:

1. כן לא, פרט _____
האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך?

2. כן לא, פרט _____
האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך?

3. כן לא, פרט _____
האם אתה מסוגל להתרחץ / להתגלח בכוחות עצמך?

4. כן לא, פרט _____
האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך?

5. כן לא, פרט _____
האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה?

6. כן לא, פרט _____
האם אתה שולט על הסוגרים?

3. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? כן לא, פרט _____

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? כן לא, פרט _____

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? כן לא, פרט _____ משנת _____ מסוג _____

האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר? כן לא, פרט, בחברת _____

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? כן לא, פרט, בחברת _____


| | | |
|-------|------|---|
| תאריך | ת.ז. | חתימה  |
|-------|------|---|

חלק ב': למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים

| | | |
|-----------------------|-----------|----------|
| 1. פרטי המבוטח | | |
| שם המשפחה | השם הפרטי | מס' ת.ז. |

| | |
|---------------------------------|--------|
| 2. הטיפול במבוטח | |
| המבוטח בטיפולי החל מתאריך _____ | |
| מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח | מתאריך |
| | |
| | |
| | |


| | |
|---|--|
| 3. האבחנה | |
| האבחנה הנוכחית _____ | |
| המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך _____ | |
| התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו מתאריך _____ | |
| הצורך בנייתוח נקבע בתאריך _____ | |
| האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: _____ | |
| תאונת עבודה | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____ |
| תאונת דרכים | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____ |

| | | | | |
|----------------------|-----------|---------|-----------|--|
| 4. פרטי הרופא | | | | |
| שם המשפחה | השם הפרטי | ההתמחות | מס' טלפון | מס' טלפון סלולארי |
| רחוב | מס' בית | ישוב | מיקוד | מס' פקס |
| תאריך | | | | חתימת וחותמת הרופא  |

חלק ג': למילוי בידי הרופא המנתח

| |
|--|
| 1. פרטים על הניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד המומלץ |
| שם הניתוח המומלץ: _____ |
| בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____ |
| |
| |
| |
| |
| |
| את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____ |
| בבית חולים: _____ |

| |
|------------------------|
| 2. הערות נוספות |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | | | |
|----------------------|-----------|---------|-----------|--|
| 3. פרטי הרופא | | | | |
| שם המשפחה | השם הפרטי | ההתמחות | מס' טלפון | מס' טלפון סלולארי |
| רחוב | מס' בית | ישוב | מיקוד | מס' פקס |
| תאריך | | | | חתימת וחותמת הרופא  |