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.
לצורך מעקב אחר סטטוס התביעה, יש לוודא תקינות מס' ת.ז וטלפון נייד.

פרטי המבוטח/ת

מס' פוליסה	שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות

תאריך לידה	מקום עבודה	מס' טלפון	מסי פקס	שם כתב השירות

רחוב	מס'	מסי דירה	״שוב	כתובת דוא"ל

ביטוחים נוספים

האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח	☐ לא ☐ כן	שם הקופה	שם התוכנית	תחילת ביטוח
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה	☐ לא ☐ כן	שם החברה	שם התוכנית	תחילת ביטוח
האם יש לך ביטוח רפואי במקום אחר	☐ לא ☐ כן	שם החברה	שם התוכנית	תחילת ביטוח

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

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

(*) לכל הוצאה יש לצרף את מסמכי המקור בלבד

תאריך	שם החותם	מסי זהות	חתימה

דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי על ידי הרופא/ה

מסי פוליסה	שם פרטי	שם משפחה	מסי זהות

נא ענה על כל השאלות			
נא פרט/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל/ת המבוטח/ת			
ממתי נמצא/ת המבוטח/ת בטיפולך? מתאריך			
ממתי סובל/ת המבוטח/ת מבעיה זו? מתאריך			
נא פרט/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית			
האם המבוטח/ת סובל/ת מבעיות רפואיות נוספות? ☐ לא ☐ כן, אנא פרט/י את כל האבחנות			
אבחנה		מתאריך	
אבחנה		מתאריך	
פרט/י			
ממליץ/ה על	☐ יעוץ ☐ בדיקה ☐ רפואה משלימה ☐ פיזיותרפיה ☐ אחר, פרט/י		
שם הרופא/ה		מומחיות	

תאריך	**שם החותם**	**חתימה**