

תביעה להחזר הוצאות בגין טיפולים אמבולטוריים - מעגן מיכאל

הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

tviot@dorbit.co.il

■ אגף תביעות בריאות וח"ל מספר פקס: 03-7348166

■ למשלוח בדואר: דורבית מח' תביעות מגדל משה אביב ז'בוטינסקי 7 רמת גן 5252007

■ העלאת מסמכים במסרון למספר: 052-3235121.

■ 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 יחולאו 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. אלא קחו בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי, את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.
טופס זה אינו מהווה הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.
אנא צרף 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		מספר הפוליסה	
רחוב		מספר בית		יישוב		מספר פקס		מספר פקס		מספר פקס	
שם מקום העבודה		מספר טלפון בעבודה		מספר טלפון בבית		מספר טלפון סלולרי		מספר טלפון של בן/בת הזוג		מספר טלפון של בן/בת הזוג	
שם קופת החולים		סניף		כתובת		מספר טלפון של בן/בת הזוג		מספר טלפון של בן/בת הזוג		מספר טלפון של בן/בת הזוג	
<p>כתובת דואר אלקטרוני* לקבלת דיוורים/מידע וכל מסמך אחר (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) המנוהלים ביחס לכל אחד ממוצרי הביטוח או החיסכון על שםך שלך בקבוצת הראל:</p>											
שם הרופא המקצועי המטפל						שם רופא המשפחה המטפל					
<p>פרטי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו</p> <p><input type="checkbox"/> מאשר/ת <input checked="" 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.</p>											

*אין האמור לעיל מהווה אישור לשימוש בדוא"ל למידע שיווקי/פרסומי כל עוד לא ניתנה הסכמה נפרדת לעשות שימוש כזה.

ביטוחי בריאות נוספים

לתשומת ליבך, ניתן לתבוע גם את הביטוח המשלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת. במקרה זה, בתביעה זו יוחזר ההפרש שבין סכום ההחזר בביטוח המשלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת, עד לגובה הסכום על פי הפוליסה. לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים). קבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין והוראות פוליסת הביטוח.

הנני מתחייב כי אדווח להראל חברה לביטוח בע"מ על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין תביעה זו, והריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/ פיצוי בגין תביעה זו.

האם הגשת תביעה לגורם אחר כלשהו? ☐ לא ☒ כן

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? ☐ לא ☒ כן, משנת מסוג

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר ☐ לא ☒ כן, בחברת
ככל שלא מצורפות קבלות מקוריות לטופס התביעה, יש להשיב על השאלות הבאות:

האם הקבלות המקוריות הוגשו לגורם אחר לצורך קבלת החזר? ☐ לא ☒ כן

אם כן, אנא העבר אישור של הגורם אליו הוגשו הקבלות בדבר גובה ההחזר, אשר ניתן על ידו.

האם בכוונתך להגיש את הקבלות לגורם אחר לצורך קבלת החזר? ☐ לא ☒ כן

אם כן, עליך לעדכן את הראל ואת הגורם הנוסף על מנת שלא ישולמו החזרים כפולים.

ג פירוט התביעה

בקשה להחזר הוצאות רפואיות - אנא צרף קבלות וחשבוניות מקוריות - פירוט:		
*במקרה של החזר הקשור לכיסוי הריון, נא לציין תאריך לידה/ תאריך לידה משוער <input type="checkbox"/> הריון מרובה עוברים		
תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')
		כנסה משלימה

ד אופן תשלום התביעה

הריון לאשר לשלוח את תגמולי הביטוח לבעל הפוליסה קיבוץ מעגן מיכאל.		
בבנק	לאומי (10)	שם הסניף
		מרכזי תל אביב
		מספר הסניף
		800
		מספר החשבון
		172365

לתשומת ליבך - אם תביעתך להחזר כספי הינה מעל 15,000 ש"ח 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 הסכמה לשיבוב התביעה

ניתנת בזכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.		
תאריך:	שם משפחה של המבוטח:	מספר זהות של המבוטח:
		חתימת המבוטח:

ו מינוי הסוכן לטיפול בתביעה

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' <u>צוריקה</u> לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.		
תאריך:	שם משפחה של המבוטח:	חתימת המבוטח:
לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן הינך מבוטח בהראל (שאינן פוליסות בהן סוכן הביטוח שלך, שהינך מייפה את כוחו בהסכמתך זו, הינו הסוכן המטפל בהן), יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.		

ז הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע האודותי, 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 והפינוסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת 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:	שם משפחה של המבוטח:	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 וח"ל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.		

ח הצהרת המבוטח/אפוטרופוס

אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.		
תאריך:	שם משפחה של המבוטח:	מספר זהות:
		חתימה:

במקרה של קטין/חסוי, יצינו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

ט פסקת התיישנות

הנני 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.		
--	--	--

*מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.