



טופס תביעה – למילוי על ידי המבוטח/ת

בריאות

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד/י על מילוי קנדרש.

פרטי המבוטח/ת				
מס' פוליסה	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	
תאריך לידה	מקום עבודה	טלפון בבית	טלפון נייד	פקס
רחוב	מס'	מס' דירה	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	כתובת	שם הרופא המטפל	

ביטוחים נוספים			
* האם הוגשה תביעה לגורם כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
שם החברה	שם החברה	שם החברה	
* האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
שם החברה	שם החברה	שם החברה	
* האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
שם החברה	שם החברה	שם החברה	

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח/ת					
תאריך	אנא פרטי/להלן את סוג הטיפול:	תאריך	אנא פרטי/להלן את סוג הטיפול:	סכום בש"ח מצ"ב חשבונית	סכום בש"ח מצ"ב חשבונית
	רופא/מעבדה/הדמיה/פיזיותרפיה/אחר		רופא/מעבדה/הדמיה/פיזיותרפיה/אחר		

לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בחוברת ההנחיות למבוטח

יתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לבתי החולים ו/או למי מטעמם ו/או לכל המוסדות הרפואיים ו/או המכונים הרפואיים ו/או בתי חולים האחרים כולל בתי החולים הכלליים ו/או הפרטיים ו/או הפסיכיאטרים ו/או השיקומיים ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין של כל המפורטים עד כה ו/או לכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או למי מטעמם, ו/או למשרד הביטחון ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל מוסד ו/או לחברות הביטוח האחרות ו/או לגורם אחר (להלן: "המוסדות") למסור לשירביט חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: המבטח) את כל הפרטים המצויים ביד המוסדות ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מילה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה כעת, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה. כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עובדי, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

תאריך	חתימה
-------	-------