

טופס תביעה לניתוח (מנתחי הסדר בלבד)

אישור עקרוני לניתוח/טיפול/מחליף ניתוח, התייעצות לפני/אחרי ניתוח

פרטי מבוטח/ת בג'ינו/ה מוגשת התביעה

				שם פרטי				שם משפחה	
לא				כן				האם התביעה מונשת בגין קטיין	
								מיל	
לאומית				מאוחדת				מכבי	
לא				כן				כללית	
								קופת חולים	
								ביטוח משלים בקופ"ח	

ביטוחים נוספים

לא	כן	האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר?
לא	כן	האם הגשת או בכוונתך להגיש את התביעה לגורם אחר כלשהו?
שם הגורם		אם התשובה היא "כן" ציין את שם הגורם אליו הוגשה התביעה ואת סכום ההחזר (צרף את אישור התשלום מגורם אחר למסמך זה)
מספר קבלה	סכום החזר ש"ח	
		הנני מאשר כי הקבלה שברשותי אכן הוגשה לגורם אחר, התקבל החזר מגורם אחר ואני תובע מהמבטחת רק את ההפרש בין הסכום ששילמתי לבין ההחזר שקיבלתי מהגורם האחר

אבקש להגיש בקשה לאישור עקרוני של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח (סמו)

טיפול מחליף ניתוח		ניתוח	
שם נותן הטיפול		שם המנתח	
תאריך הטיפול		תאריך הניתוח	
מרפאה או בית חולים בו יבוצע הטיפול		בית החולים בו מתוכנן הניתוח	

תביעה להחזר הוצאות הת"עצות לפני/אחרי ניתוח

פרטי ההוצאה	מס' קבלה	סכום (₪)
התייעצות עם רופא לפני/אחרי ניתוח		

אישור קבלה מסמכי התביעה במייל ובנייד

אבקש לשלוח הודעות ומסמכים בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, לפרטים שציינתי בטופס זה (כתובת מייל וטלפון נייד)

לאן אני מבקש/ת שתעבירו לי את התשלום

שם בעל החשבון	מס' סניף
בנק	מס' חשבון

☐ לתשלום באפליקציית ביט
 נ"ד להעברה

חתימת מבוסח/ת: _____