



## תביעה בגין התייעצות עם רופא מומחה

הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפידו למלא טופס זה באופן מדויק ושלם ושלחו אותו באחת הדרכים לעיל:  
מייל אגף תביעות MyDoctor: [service@mydoctor.co.il](mailto:service@mydoctor.co.il)  
משלוח בדואר: רח' פריימן 20, ראשון לציון לידי MyDoctor אגף תביעות

### למילוי בידי המנוי

לקוח יקר,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא הפרטים בטופס זה בכל פנייה.

אם המנוי קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי, את הטופס הזה ובקשו

מהם למלא את החלק המתאים במלואו.

טופס זה אינו מהווה הכרה בזכאות המנוי 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.

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

פרטי המנוי		א	
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	יישוב	מספר פקס
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בעבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בבית של בן/בת הזוג	מספר טלפון סלולרי של בן/בת הזוג
שם קופת החולים	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 שלך ברופא שלי בע"מ:			
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל	
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 בחברת הרופא שלי בע"מ 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 הרופא שלי בע"מ שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.			

**ב 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 (בגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים). קבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין והוראות פוליסת הביטוח. הנני מתחייב כי אדווח להרופא שלי בע"מ על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין תביעה זו, והריני מאשר לרופא שלי 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 .....

לא 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 בכוננתך להגיש את הקבלות לגורם אחר לצורך קבלת החזר?  לא  כן

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

**ג פירוט התביעה**

בקשה להחזר הוצאות התייעצות - אנא צרף קבלות וחשבוניות מקוריות - פירוט:		
תאריך	הסכום בש"ח	פרטי התייעצות

**ד אופן תשלום התביעה**

קבלת התשלום הינה באמצעות העברה בנקאית בלבד. יש לציין את פרטי חשבון הבנק.

בבנק ..... שם הסניף ..... מספר הסניף ..... מספר החשבון .....

לתשומת ליבך - אם תביעתך להחזר כספי הינה מעל 15,000 ₪ יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. במידה והמנני 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+שם משפחה של המנני: ..... מספר זהות של המנני: ..... חתימת המנני: .....

**ו הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת**

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברת הרופא שלי בע"מ יישמש אותה ו/או מי מטעמה, גם לכל עניין הקשור ביתרמוצרי ושירותי הרופא שלי בע"מ ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתם מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוגאוטומטי 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 הרופא שלי.

תאריך: ..... חתימת המנני: .....

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 [mydoctor.co.il](http://mydoctor.co.il), באמצעות פניה בכתב לכתובת: פריימן 20, ראש"ל"צ, או באמצעות פניה טלפונית למספר 072-3972396

**ז הצהרת המנני/אפוטרופוס**

אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך: ..... שם+שם משפחה: ..... מספר זהות: ..... חתימה: .....

במקרה של קטין/חסוי, יצינו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו. מדיניות הפרטיות של הרופא שלי בע"מ זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה