



טלפון: 03-6173512 / פקס: 03-6166260 / מייל: mbituah@tzevet.org.il
כתובת: ברוך הירש 14, בני ברק

טופס בקשה לוועדה מחוץ לסל

פרטי המבוטח/ת			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מס' בית	מס' דירה	עיר
שם קופת חולים	שם ביטוח משלים	כתובת דואר אלקטרוני	
תאריך ההצטרפות לביטוח	אופן ההצטרפות	האם יש מגבלות	

ביטוחים נוספים	
האם הוגשה תביעה לשב"ן?	כן לא
האם מבוטח מהשקל הראשון?	כן לא
האם יש ביטוח נוסף?	כן לא

פרטי התביעה	
ניתוחים	☐ בדיקה גנומית
תרופה מחוץ לסל	☐ אחר _____

פירוט מסמכים שהוגשו:				
1.	4.			
2.	5.			
3.	6.			
אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח (יש לצרף המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון הבנק של המבוטח)				
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון

הצהרת המבוטח	
אני החתום מטה _____ מס' ת.ז. _____ מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.	
*	
תאריך	חתימת המבוטח/ת