

## בקשה לקבלת שרות רפואה משלימה

מבוטח יקר,

על מנת לסייע לנו לטפל בפניתך ולתת לך שרות יעיל ומהיר, נודה לך על מילוי הפרטים בטופס זה בכל פנייה.

לתשומת לבך: אין באישור או בדחיה של פניתך במסגרת רפואה משלימה כדי להשפיע על זכאותך לכיסוי אחר במסגרת פוליסת הביטוח שברשותך. אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

שם המטפל הנבחר: \_\_\_\_\_

### למילוי ע"י המבוטח הראשי

_____ ת.ז.	<u>פרטי המבוטח הראשי</u> :
_____ שם פרטי:	_____ שם משפחה:

### פרטי מבקש השירות

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מספר זהות	חברת הביטוח	קולקטיב
טל' בבית	טל' סלולרי	פקס
טל' בעבודה	כתובת מלאה	

**\*\* יש לצרף הפנייה בכתב מרופא לקבלת טיפולי רפואה משלימה בגין מצב רפואי \*\***

למילוי ע"י הלקוח:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
תאריך מס' תעודת זהות שם משפחה ופרטי חתימה