

טופס הצהרה על קיום/העדר ביטוח רפואי פרטי

בהתאם לחוזר משרד הבריאות בנושא "מתן שירותים שאינם בסל למבוטחי הקופה – הבהרות ונהלי עבודת ועדות החריגים של קופות החולים" מחודש ספטמבר 2023, רשאית ועדת החריגים לדרוש ממבוטח המבקש מימון לטיפול שאיננו בסל שירותי הבריאות, שימצה תחילה כל זכאות נוספת הקיימת לו במסגרת ביטוח פרטי (ככל שיש ברשותו), באמצעות דרישת הצהרה של המבוטח על קיומו של ביטוח כאמור.

לנוכח החלטת ועדת החריגים של מאוחדת לאשר את בקשתך לממן טיפול שאיננו בסל שירותי הבריאות, הינך מתבקש לחתום על ההצהרה שלהלן כתנאי למימון הטיפול על-ידי הקופה.

לתשומת לבך: הצהרה שקרית מהווה עבירה פלילית, ומאוחדת לא תהסס לנקוט את כל הצעדים העומדים לרשותה בהתאם לחוק במקרה זה.

הערה: אם המבקש הוא קטין או פסול-דין, יחתום על הטופס בשמו אחד מהוריו או האפוטרופוסים שלו.

בברכה,

פרופ' מאיר להב
יו"ר ועדת החריגים

הדברים האמורים לעיל מנוסחים בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, אך הם מיועדים לבני שני המינים כאחד.

אני הח"מ, _____, ת.ז. _____, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

פניתי לוועדת החריגים של קופת חולים מאוחדת (להלן: "**מאוחדת**") על-מנת לממן טיפול רפואי שאיננו בסל שירותי הבריאות (להלן: "**הטיפול**").

☐ אינני מבוטח/ת בביטוח רפואי פרטי.

☐ אני מבוטח/ת בביטוח רפואי פרטי בחברת _____ (אם סימנת חלופה זאת, יש להעביר למאוחדת מסמך מחברת הביטוח המבהיר אם הביטוח מכסה את הטיפול).

הריני מתחייב/ת בזאת, כי אם יתברר בעתיד שהנני זכאי/ת למימון הטיפול מכוח פוליסת ביטוח רפואי פרטי, אשיב למאוחדת את עלויות מימון השירות שהוצאו על-ידה, בהתאם להיקף זכאותי לפי פוליסת הביטוח הרפואי הפרטי.

הנני מייפה בזאת את כוחה של מאוחדת ו/או של עובדיה ו/או של כל מי שפועל מטעמה או בשליחותה, לפנות לכל חברות הביטוח על-מנת לברר אם הנני מבוטח/ת על-ידי מי מהן ואם הנני זכאי/ת למימון הטיפול על-ידי מי מהן, ואני נותן/נת בזאת רשות לחברות הביטוח למסור למאוחדת ו/או לעובדיה ו/או למי שפועל מטעמה או בשליחותה, מידע בנוגע לחברותי או לאי-חברותי בפוליסת ביטוח רפואי פרטי ובנוגע לזכאותי למימון הטיפול על-ידי חברת הביטוח, ומשחרר/ת אותן מכל חובת סודיות בכל הנוגע למידע הנ"ל.

חתימה: _____

תאריך: _____