

חותמת נתקבל

e-mail: mail@ayalon-ins.co.il www.ayalon-ins.co.il
בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10957
אגף בריאות: טל. 03-7569656 פקס. 03-7569551



תכנית "סיניס בריאות" ביטוח הוצאות רפואת השן - יומן תביעות רופא לחודש _____ שנה _____

לשימוש פנימי

--	--	--	--

מס תביעה

פרטי הרופא המטפל			
מס' רשיון	שם הרופא/מרפאה	כתובת	טלפון

מס'	תאריך הטיפול	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת מבוטח	פרטי הטיפול			*חתימת המבוטח	לשימוש פנימי
						מס' שן	סוג הטיפול	צד בשן		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										

* **ויתור על סודיות רפואית:** הנני מוותר על סודיות רפואית בגין ובקשר לכל בדיקה, טיפול אבחנה וממצאים הנוגעים לשיני לרבות מצב רפואי קודם, כלפי איילון חברה לביטוח בע"מ ו/או ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל או מי מנציגיהם/עובדיהם. חתימתי על טופס זה מהווה הרשאה לכל רופא שיניים להעביר אליהם כל מידע, חומר רפואי, צילומים וכו' - בקשר עם שיני

חותמת הרופא/מרפאה

200604010/11.2006