

**טופס תביעה - ניתוחים - למילוי על ידי המבוטח/ת**

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד/י על מילוי כנדרש.

**פרטי המבוטח/ת**

|                             |  |                   |  |          |  |                |  |
|-----------------------------|--|-------------------|--|----------|--|----------------|--|
| מס' הפוליסה                 |  | שם פרטי ומשפחה    |  | ת.ז.     |  | תאריך לידה     |  |
| מקום עבודה                  |  | טלפון בית         |  | נייד     |  | איש קשר        |  |
| רחוב                        |  | מס'               |  | מס' דירה |  | עיר            |  |
| שם קופת חולים               |  | סניף              |  | כתובת    |  | שם הרופא המטפל |  |
| שם מקום העבודה של בן/בת זוג |  | שם איש קשר לתביעה |  | נייד     |  | טלפון נוסף     |  |

**ביטוחים נוספים**

|  |   |          |           |              |
|--|---|----------|-----------|--------------|
| האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כשהוא?  | <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן | שם החברה | שם התכנית | תחילת הביטוח |
| האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?  | <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן | שם החברה | שם התכנית | תחילת הביטוח |
| האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?   | <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן | שם החברה | שם התכנית | תחילת הביטוח |
| האם יש השתתפות של קופת חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אמצאי התחייבות מקופת חולים (ט' 17) <input type="radio"/> לרופא <input type="radio"/> לבית החולים <input type="radio"/> לרופא ולבית החולים |   |          |           |              |
| פרט את שמות הרופאים אליהם פנית בקשר עם הבעיה הרפואית בנושא התביעה  |   |          |           |              |

**ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח/ת**

| תאריך | אנא פרטי/ להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר | תאריך | אנא פרטי/ להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר |
|-------|---|-------|---|
|       |   |       |   |
|       |   |       |   |

**לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בעמוד 3**

**אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח/ת (יש לצרף המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון של המבוטח)**

|   |         |          |          |           |           |
|---|---------|----------|----------|-----------|-----------|
| <input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בבנק | שם הבנק | מס' הבנק | שם הסניף | מס' הסניף | מס' חשבון |
| הערות   |         |          |          |           |           |

**הצהרת המבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס**

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

|                                     |                        |       |
|-------------------------------------|------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | חתימת המבוטח/האפטרופוס | תאריך |
|-------------------------------------|------------------------|-------|

**הצהרת המבוטח - אישור קבלת תכתובות מהמבטח באמצעות הסוכן**

הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס.

|                                     |                        |       |
|-------------------------------------|------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | חתימת המבוטח/האפטרופוס | תאריך |
|-------------------------------------|------------------------|-------|

**ויתור על סודיות רפואית**

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדות הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לבתי החולים ו/או למי מטעמם ו/או לכל המוסדות הרפואיים ו/או המכונים הרפואיים ו/או החולים האחרים כולל בתי החולים הכלליים ו/או הפרטיים ו/או הפסיכיאטרים ו/או השיקומיים ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין של כל המפורטים עד כה ו/או לכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או למי מטעמם, ו/או למשרד הביטחון ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל מוסד ו/או להברות הביטוח האחרות ו/או לגורם אחר(להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: "המבטח") את כל הפרטים המצויים ביד המוסדות ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה.

בקשתך זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עובוני, ילדי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

|                                     |       |       |
|-------------------------------------|-------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | חתימה | תאריך |
|-------------------------------------|-------|-------|

## דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי על הרופא/ה

### פרטי המבוטח/ת

|             |          |         |      |
|-------------|----------|---------|------|
| מס' הפוליסה | שם משפחה | שם פרטי | ת.ד. |
|-------------|----------|---------|------|

### פרטי הרופא המטפל - קופ"ח

|          |         |        |       |      |
|----------|---------|--------|-------|------|
| שם משפחה | שם פרטי | התמחות | טלפון | נייד |
| רחוב     | מס' בית | ישוב   | מיקוד | פקס  |

### נא ענה על כל השאלות

- נא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובלת המבוטח/ת
- המבוטח/ת בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש) ממתי סובלת המבוטח/ת מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך
- נא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית
 

|  |        |
|--|--------|
| מתאריך   |        |
| האם האבחנה קשורה בתאונה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> תאונת דרכים <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> | מתאריך |
- נא פרטי/י מחלות וליקויים מהם סובלת המבוטח/ת
 

|        |  |
|--------|--|
| מתאריך |  |
| מתאריך |  |
| מתאריך |  |
- ממליץ/ה על  בדיקות  טיפולים  ניתוח  אחר, פרטי/י
- מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח? מתאריך
 

|                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| שם הרופא הממליץ |                          |
| תאריך           | חתימה וחוממת הרופא המטפל |

### פרטי הרופא המנתח

|          |         |        |       |      |
|----------|---------|--------|-------|------|
| שם משפחה | שם פרטי | התמחות | טלפון | נייד |
| רחוב     | מס' בית | ישוב   | מיקוד | פקס  |

### פרטים נוספים לגבי ניתוח - למילוי על ידי הרופא/ה המנתח/ת

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| שם הניתוח המומלץ        |                          |
| מועד הניתוח נקבע לתאריך | בבית חולים               |
| מידע נוסף               |                          |
| תאריך                   | חתימה וחוממת הרופא המנתח |

**יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג התביעה:**

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח חתום על ידי המבוטח או במקרה של מבוטח קטין על ידי ההורים האפוטרופוסים הטבעיים / האפוטרופוסים החוקיים.
2. טופס דיווח על טיפולים רפואיים למילוי הן על ידי הרופא המטפל הרלוונטי שאבחן לראשונה את הבעיה הרפואית (לחילופין מכתב מהרופא המטפל העונה לשאלות המפורטות בטופס הדיווח על טיפולים רפואיים) והן על ידי הרופא המנתח.
3. תוצאות בדיקות שבוצעו לצורך אבחון הבעיה הרפואית שבגינה נדרש הניתוח/ טיפול.
4. במקרה של בקשה להחזר הוצאות יש להעביר קבלות מקוריות או אישור על גובה ההחזר שהתקבל מכל גורם אחר בצרוף העתק קבלות.
5. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח ו/או אסמכתא בנקאית.

**בנוסף למסמכים אילו נבקשכם להעביר אף את המסמכים הבאים לפי סוג הכיסוי כדלקמן:**

**פיצוי בגין ניתוח:**

1. מכתב שחרור מבית חולים בו בוצע הניתוח.
2. דו"ח ניתוח.

החזר הוצאות רפואיות כגון שכר רופא מנתח, הוצאות בית חולים, תותב/אביזר מושתל, התייעצות עם רופא מומחה לפני ואחרי ניתוח:

טופס שחרור מבית חולים

**פיזיותרפיה במהלך אשפוז:**

1. מכתב שחרור מבית חולים בו בוצע הניתוח.
2. המלצה רפואית לביצוע הטיפולים

**אחות פרטית במהלך אשפוז**

1. מכתב שחרור מבית חולים בו בוצע הניתוח.

**שרותי אמבולנס**

1. מכתב שחרור מבית חולים בו בוצע הניתוח.

**טיפולים מחליפי ניתוח**

1. המלצה לביצוע הניתוח שאותו מחליף הטיפול.
2. מכתב הפניה לטיפול מחליף הניתוח.

**לתשומת ליבך, בהיודע על הצורך בניתוח ו/או בכיסויים נלווים לניתוח יש לפנות לחברה מראש לקבלת אישור המהווה תנאי מהותי לחבות החברה. יודגש כי במקרה ולא יינתן האישור האמור, ייתכן כי יהיה בכך לפגוע בזכאותך לתגמולי ביטוח.**

**את טופס התביעה כמו גם את המסמכים המפורטים מעלה, עליך להעביר באמצעות סוכן הביטוח או באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53 גבעתיים 53454 או לפקס מספר 03-7336946 (למעט קבלות מקוריות).**

**יודגש כי אין במפורט בהנחיות אלו להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת, לפיכך וטרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש, אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מצוי בפוליסה שרכשת.**