

טופס תביעה - אמבולטורי - 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 כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/> 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:	תאריך	אנא פרטי/ להלן את סוג הטיפול:
	בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר		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.ז.
-------------	----------	---------	------

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? כן לא תאונת דרכים תאונת עבודה אחר
- 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? מתאריך

שם הרופא הממליץ	
-----------------	--

תאריך	
-------	--

הערות הרופא

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הכיסוי הנתבע

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח/ת
2. טופס דיווח על טיפולים רפואיים המיועד למילוי על ידי הרופא/ה המטפל אשר איבחן לראשונה את הבעיה הרפואית או מכתב מרופא זה הכולל: התייחסות לכל הפרטים והשאלות המצויינים בטופס הדיווח על טיפולים רפואיים.
3. קבלות מקוריות או צילום קבלה בצרף אישור על גובה ההחזר שהתקבל מכל גורם אחר.
4. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

בנוסף

התייעצות עם רופא מומחה/ חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית/יעוץ רופא ילדים

* מכתב מהרופא בציון הבעיה הרפואית בגינה ניתן הייעוץ.

בדיקות אבחוניות מעבדה והדמיה/מעקב הריון/(טיפול פיזיותרפיה /כימוטרפיה

* הפניה לבדיקה/טיפול

* במקרה של טיפול יש לצרף דו"ח טיפולים כולל תאריכי הטיפול

אביזרים רפואיים

הפניה לרכישת האבזר.

כיסויים/טיפולים אלטרנטיביים

* דוח טיפולים המציין סוג טיפול, עלות הטיפול ותאריך ביצוע הטיפול

* העתק תעודת מומחה של המטפל בתחום הטיפול.

חיסונים טרם נסיעה לחו"ל

* צילום כרטיס טיסה/צילום דרכון כולל ותמת יציאה מהארץ.

מנוי למשדר קרדיולוגי

* הסכם עם נותן השרות

הפרית מבחנה

* צילום תעודת זהות כוללת פרטי הילדים

* הפניה מרופא מומחה לטיפול.

ימי החלמה

* סיכום שחרור מבית החולים

* המלצה מהרופא המומחה על הצורך בהחלמה

עקירה כירורגית וניתוחי חניכיים

* מכתב מהרופא המטפל המציין את סוג הטיפול ומספרי השיניים/אזור הניתוח

שחרור מתשלום עקב אבטלה

* אישור מהמעסיק בציון תאריך תחילת עבודה ותאריך סיום עבודה

* אישור מביטוח לאומי בגין כל חודש אבטלה.

שחרור מפרמיה עקב מחלה

* אישורי מחלה

* מכתב מהרופא המטפל בציון הסיבה לאי כושר עבודה/מכתב מרופא תעסוקתי.

טיפול בבעיות התפתחות/טיפולים בבעיות גיל ההתבגרות

סיכום רפואי/המלצה הכוללת את סוג הטיפול וסיבת הטיפול מרופא מטפל / מומחה להתפתחות הילד.

* דו"ח טיפולים מהמטפל הכולל תאריך טיפול ומקבל הטיפול

העדרות מבחינת בגרות

* אישור על היעדרות מבחינת בגרות

סיוע לאחר ניתוח

* סיכום אשפוז מבית החולים

פיצוי בגין אובדן הכנסה

* אישורי מחלה

* אישור מהמעסיק על היעדרות מהעבודה