

טופס תביעה – תרופות – 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 והקפד/י על מילוי כל הפרטים הנדרשים.

פרטי המבוטח/ת הזקוק/ה לטיפול תרופתי									
מס' הפוליסה		שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.		תאריך לידה	
מקום עבודה		טלפון בית		נייד		פקס		איש קשר	
כתובת (רחוב)		בית	דירה	עיר/יישוב		ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני	
קופת חולים		סניף		כתובת		שם הרופא המטפל			
שם מקום העבודה של בן/ת הזוג		שם איש קשר לתביעה		נייד		טלפון נוסף			

ביטוחים נוספים			
האם הוגשה תביעה לגורם כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח או ביטוח רפואי אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם הקופה/ ביטוח/אחר	שם התוכנית

פרטים לתביעה בנושא תרופות אשר אינן בסל הבריאות	
מתי התחלת לקחת את התרופה?	להזכירך, יש לצרף המסמכים כמפורט בעמוד 3.
לכמה זמן עליך לקחת את התרופה?	עלות התרופה לחודש (ש"ח)

ריכוז עלות התרופות			
שם התרופה	עלות חודשית	שם התרופה	עלות חודשית
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

אופן תשלום במקרה של החזר למבוטח/ת (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)					
<input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בנק					
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון	
כתובת הסניף			טלפון הסניף		

הצהרת המבוטח/ת – אישור כי ברשותי מערכת הכללים לבריור ויישוב תביעות ואמנת השירות של הפניקס לטיפול בתביעות	
הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים לבריור ויישוב תביעות ואמנת השירות הרלוונטית של הפניקס לטיפול בתביעות, כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.	
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך
חתימת המבוטח/אפטרופוס	

הצהרת המבוטח/ת – 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"/>	תאריך
חתימת המבוטח/אפטרופוס	

ויתור על סודיות רפואית	
<p>אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לבתי החולים ו/או למי מטעמם ו/או לכל המוסדות הרפואיים ו/או המכונים הרפואיים ו/או בתי 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 לחברות 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 מחלה 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. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות. כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזובני, ילדי הקטנים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי. הפניקס.</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך
חתימה	

מבוטח/ת יקר/ה,

יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הכיסוי הנתבע:

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח/ת חתום ע"י המבוטח או במקרה של מבוטח קטין ע"י ההורים האפוסטרופסים הטבעיים/ האפוסטרופסים החוקיים.
2. טופס דיווח על טיפולים תרופתיים שאינם בסל הבריאות המיועד למילוי ע"י הרופא המטפל בבעיה הרפואית או מכתב מהרופא המטפל בבעיה הכולל התייחסות לכל הפרטים והשאלות המצוינים בטופס הדיווח על טיפולים תרופתיים.
3. העתק מרשם רפואי כולל מינון התרופה.
4. מכתב דחייה מקופת החולים.
5. במידת הצורך, טופס ג'29 חתום כנדרש.
6. מסמך מקופת החולים המציין את עלות התרופה לפני ההנחה, במקרה של רכישת תרופה במימון חלקי של הביטוח המשלים או קופת החולים או גורם מממן אחר.
7. קבלות מקוריות, במקרים בהם רכישת התרופה אינה מתבצעת על ידי החברה.
8. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

בנוסף למסמכים אילו, נבקשך להעביר אף את המסמכים הבאים לפי סוג הכיסוי וכדלקמן:

תרופות למחלת סרטן

בנוסף למסמכים הנדרשים מעלה, יש להדגיש:

1. נתוני משקל וגובה.
2. מכתב הפניה של האונקולוג הכולל תוכנית טיפולים.

הורמון גדילה

בנוסף למסמכים הנדרשים מעלה, יש להדגיש:

1. משקל בלידה.
2. עקומת גדילה מגיל 0.
3. בדיקות מעבדה של הורמון הגדילה.
4. ייעוץ גנטי בהשוואה להורים.
5. מחלות כרוניות שסובל מהם המבוטח.
6. עקומת גובה ומשקל של 3 שנים אחרונות (נתונים נכונים ליום הגשת התביעה).
7. גיל עצמות.
- 8.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים המפורטים מעלה, עליך להעביר באמצעות סוכן הביטוח או באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, צוות תביעות כללי, דרך השלום 53 גבעתיים 5345433 או לפקס מס' 03-7336946 (למעט קבלות מקוריות).

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