

## טופס תביעה - מחלות קשות - 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 כבדרש.

### פרטי המבוטח/ת

מס' הפוליסה		שם פרטי ומשפחה		ת.ז.		תאריך לידה	
מקום עבודה		טלפון בית		נייד		פקס	
רחוב		מס'		מס' דירה		עיר	
שם קופת חולים		סניף		כתובת		שם הרופא המטפל	
שם איש קשר לתביעה		נייד		טלפון מסך		כתובת דואר אלקטרוני	

### פרטי הכיסוי הנתבע

תאריך	שם הכיסוי הנתבע

### 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"/> בא 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"/>	תחמת 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"/>	תחמת 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 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 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.

בקשתו 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, עובדי, 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

1. בא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל/ת המבוטח/ת	
2. המבוטח/ת בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש)	
ממתי סובל/ת המבוטח/ת מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך	
3. בא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית	
מתאריך	
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
4. בא פרטי/י מחלות וליקויים מהם סובל/ת המבוטח/ת	
מתאריך	
מתאריך	
מתאריך	
תאריך	חתימה וחותמת הרופא המטפל

### הערות הרופא


**יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הכיסוי הנתבע:**

1. 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 המצוינות בטופס הדיווח על טיפולים רפואיים.
2. תוצאות בדיקות שבוצעו לצורך אבחון הבעיה הרפואית וסיכומי אשפוז.
3. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

**בנוסף למסמכים אילו, נבקשך להעביר אך את המסמכים הבאים לפי סוג הכיסוי וכדלקמן:****סרטן - גילוי גידול ממאיר**

\* תוצאות בדיקות היסטולוגיות בכפוף לתנאי הפוליסה.

**קרדיומיופטיה – מחלת לב כרונית**

\* תיעוד רפואי המעיד על הפרעה תפקודית מדרגה 3 לפחות, במשך למעלה משלושה חודשים.

**ניתוח מעקפים**

\* אישור מבית החולים בו נערך הניתוח, המעיד על תיקון עורקים כללי על ידי מעקף (CABG).

**ניתוח אבי העורקים**

\* אישור מבית החולים בו נערך הניתוח של החלפת קטע או תיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.

**ניתוח מסתמי הלב**

\* אישור רפואי מבית החולים בו נערך הניתוח, המעיד על החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב.

**התקף לב**

\* סיכום אשפוז בו מופיעים הקריטריונים: כאבי חזה, שינויים בא.ק.ג. ועליה באמימים.

\* דו"ח א.ק.ג. ותוצאות בדיקות מעבדה מבית החולים

**אי ספיקת כליות כרונית**

\* אישור נפרולוג מומחה המעיד על אי תפקוד כליות כרוני ובלתי הפיך הדורש חיבור לדיאליזה לצמיתות.

**שבץ מוחי**

\* אישור רפואי של נירולוג מומחה המעיד על מק נירולוגי, בהתאם לתנאי הפוליסה.

\* ממצאי בדיקות הדמיה.

**אלצהיימר**

\* אבחנה קלינית המעידה על מחלת האלצהיימר ומתועדת במהלך 3 חודשים לפחות.

**ניוון שרירים (ALS)**

\* אבחנה רפואית של נירולוג מומחה שיתקיימו בה כל התנאים על פי תנאי הפוליסה.

**שיתוק**

\* תיעוד רפואי המעיד על איבוד גמור ומוחלט של יכולת השימוש בשתי הגפיים במהלך 3 חודשים לפחות.

**פרקינסון**

\* אבחנה חד משמעית של נירולוג מומחה המעידה על מחלת פרקינסון.

**טרשת נפוצה**

\* אישור נירולוג מומחה.

\* ממצאי בדיקות MRI אופייניים למחלה.

\* יש לציין כי על התופעות הניורולוגיות להתקיים במהלך 6 חודשים לפחות

**פוליו (שיתוק ילדים)**

\* אבחנה רפואית של נירולוג מומחה.

**מחלת כבד כרונית סופנית**

\* מסמכים המאשרים כי המחלה מתאפיינת בצהבת קבועה, מיימת, אנצפלופאטיה כבדית או יתר לחץ דם שערי.

**אי ספיקת כבד**

\* מסמכים המאשרים כי המחלה מתאפיינת בהקטנה חדה בגודל הכבד, נמק של אונה שלמה, ירידה חדה בתפקוד הכבד, צהבת מעמיקה או אישור ביצוע השתלת כבד בפועל.

**איידס כתוצאה של עירוי דם**

\* אישור רפואי המאשר כי הזיהום נגרם במסגרת טיפול בבית חולים.

\* אישור רפואי כי המבוטח אינו חולה המופיליה.

**איידס בצוות רפואי**

\* אישור רפואי המעיד על כך שהזיהום נגרם במסגרת העבודה, בכפוף לתנאי הפוליסה

**מחלת ריאות כרונית (C.O.P.D) - מחלת ריאות סופנית**

\* מסמכים רפואיים של רופא מומחה המעידים על חומרת המצב ונתמכים בבדיקות רפואיות מתאימות.

**יתר לחץ דם ריאתי ראשוני**

\* הסימנים חייבים להיות מתועדים במהלך 3 חודשים לפחות והאבחנה הרפואית צריכה לכלול הוכחה באמצעות צינתור לב של לחץ ריאתי

**השתלת איברים (לב, לב-ריאה, לבלב, מח עצם, השתלת כבד)**

\* אישור על ביצוע ההשתלה בפועל.

**פיצוי טרם ביצוע השתלת איברים (לב, לב-ריאה, לבלב, מח עצם, השתלת כבד)**

\* אישור רישמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל.

\* או מכתב משני רופאים מומחים בתחום הרלוונטי המאשר את הצורך בהשתלה.

## **איבוד גפיים**

יש להעביר מסמכים בהתאם למקרה הספציפי:

- \* אבחנה רפואית בדבר איבוד תפקוד קבוע ומוחלט.
- \* אבחנה רפואית המעידה על קטיעה מעל פרק שורש כף היד.
- \* אבחנה רפואית המעידה על קטיעת קרסול של 2 הגפיים.

## **אנמיה פלסטית – כשל מח העצם**

אישור רפואי בדבר ביצוע לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

- \* עירוי דם.
- \* קבלת חומרים מעוררי מח עצם.
- \* השתלת מח עצם.
- \* קבלת חומרים המדכאים את המערכת החיסונית.

## **חירשות**

אישור מומחה אף-אוזן-גרון המסתמך על בדיקות שמיעה מפורטות.

## **כוויות קשות**

אבחנה רפואית המעידה על כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

## **טטנוס**

אישור רפואי של נוירולוג או מומחה לרפואה פנימית המעיד על פגיעה במערכת העצבים המרכזית.

## **עיוורון**

אישור רפואי המעיד על איבוד גמור ומוחלט של כושר הראייה בשתי העיניים.

## **אובדן דיבור**

אישור רפואי המעיד על איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור כתוצאה ממוק פזי שנגרם למיתרי הקול.

## **תרדמת (COMA)**

מסמכים רפואיים המעידים על אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט הנמשך ברציפות 96 שעות לפחות, ומסמכים רפואיים המעידים על שימוש במערכות תומכות חיים.

**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.**

**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.**