

טופס תביעה - סיעודי - 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		שם משפחה		ת.ז.		תאריך לידה	
מקום עבודה		טלפון בית		פקס		נייד			
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			

פרטי איש הקשר									
שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.		קרבה למבוטח			
טלפון בית		טלפון עבודה		נייד					
כתובת (רחוב)		בית	דירה	עיר/יישוב		ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני	

ביטוחים נוספים				
שם החברה		שם התוכנית		תחילת הביטוח
שם החברה		שם התוכנית		תחילת הביטוח
האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא				
האם יש לך ביטוח סיעודי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא				

מקום הימצאו של המבוטח				
שם המוסד		כתובת		טלפון
שם המוסד		כתובת		טלפון
<input type="radio"/> בית <input type="radio"/> מוסד <input type="radio"/> איש קשר במוסד				

הצהרת המבוטח/ת - אישור כי ברשותי מערכת הכללים לביטוח תביעות ואמנת השירות של הפניקס לטיפול בתביעות				
הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים לביטוח 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 ואגרת הפניקס.				
<input checked="" type="checkbox"/>				תאריך
חתימת המבוטח/אפטרופוס				

ויתור על סודיות רפואית				
<p>אני החתום מטה, נתן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיהם 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 הסיעודי 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 הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.</p> <p>אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי 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.</p> <p>הנני מותר 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.</p> <p>בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.</p> <p>כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדי הקטנים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.</p>				
<input checked="" type="checkbox"/>				תאריך
חתימה				

פרטי העד לחתימה (רופא/עו"ד בלבד)		
שם פרטי		שם משפחה
ת.ז.		

מבוטח/ת יקר/ה,

יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטיים לסוג התביעה:

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח ואיש הקשר לתביעה חתום על ידי המבוטח והעד לחתימה או במקרה של מבוטח קטין על ידי ההורים האפוטרופוסים הטבעיים / האפוטרופוסים החוקיים.
2. טופס שאלון הערכה תפקודי למילוי על ידי הרופא המטפל הרלוונטי (לחילופין מכתב מהרופא המטפל העונה לשאלות המפורטות בטופס הדיווח על טיפולים רפואיים).
3. תוצאות בדיקות שבוצעו לצורך אבחון הבעיה הרפואית שבגינה הוחלט על מצב סיעודי.
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.

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 5345433 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.

שאלון הערכה תפקודי (למילוי על ידי הרופא/ה לטיפול בתביעת סיעוד)

רופא/ה נכבד/ה, נודה על מילוי כל הפרטים המתבקשים בטופס זה, לרבות תאריכים. מילוי הטופס כנדרש יסייע לנו בטיפול מהיר ויעיל בבקשת המבוטח.

פרטי החולה			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
פרטים רפואיים			
מתאריך			אבחנות
סיבת האישפוז			שם המוסד
			תרופות
הערכה תפקודית			
			הלבשה והתפשטות
			רחיצה וגילוח
			שכיבה וקימה
			אכילה ושתייה
			הליכה
			שליטה על סוגרים
מצב תפקודי			
			ראיה
			שמיעה
			דיבור
			שיתוק
טיפולים			
			דיאליזה
			אחר (פרט):
התמצאות			
			מתמצא במקום ובזמן
			לא מתמצא במקום ובזמן
מצב רגשי			
			שולט
			מדוכא
			תוקפן
המלצות הרופא המטפל			
			סיעוד בבית
			טיפול אחר, פרט:
פרטי הרופא המטפל			
שם הרופא/ה	קופ"ח	סניף	
כתובת הרופא	טלפון עבודה	טלפון בית	
חתימה וחותמת הרופא/ה			תאריך