

## טופס תביעה לביטוח תאונות אישיות

שם הסוכן		מס' פוליסה		בעל הפוליסה		שם הנפגע		ת.ז.		גיל	
כתובת			טלפון			נייד					
מקום עבודה			תפקיד בעבודה			האם הנך			טלפון		
						<input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עצמאי					
תאריך המקרה/התאונה			שעה			מקום המקרה					
<input type="radio"/> תאונה <input type="radio"/> מחלה											
תיאור התאונה/מחלה											
טיב ומידת הפגיעה/המחלה											
עדים למקרה			כתובת			טלפון					
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			פוליסה נוספת			חברת ביטוח					
			סניף			מספר חבר					
כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים			מיום			עד יום					
נעדרתי מעבודתי באופן מלא			מיום			עד יום			סה"כ		
עבדתי חלקית			מתאריך			עד תאריך			משעה עד שעה		
האם סבלת בעבר מפגיעה/מחלה דומה? נא פרט											
ציין שמו וכתובתו של הרופא המטפל בך עכשיו בקשר עם התאונה/המחלה הנ"ל אם עדיין לא החלמת מהפגיעה שסבלת, נא ציין מצבך											

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

<input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בבנק				
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
כתובת הסניף		טלפון הסניף		

הערות:

← הצהרת המבוטח/ת

הריני להצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי לא העלמתי כל עובדה.

ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימה	כתובת		

← 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	

← הצהרת המבוטח/ת - אישור כי ברשותי מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות ואמנת השירות של הפניקס לטיפול בתביעות

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות ואמנת השירות הרלוונטית של הפניקס לטיפול בתביעות, כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך
חתימת המבוטח/אפטרופוס	

← יותר 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 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 במאגרי המידע של כל המוסדות. כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

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

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים המפורטים מעלה, עליך להעביר באמצעות כתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ,

דרך השלום 53 גבעתיים 5345433 או פקס מספר: 03-7337882 (למעט קבלות מקוריות אותן יש להעביר בדואר בלבד) או בדוא"ל לכתובת tzevetteunotishi@phoenix.co.il.

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.

לבירור סטאטוס התביעה, יש לפנות למוקד בטלפון 03-7332222

## לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הכיסוי שנתבע

מבוטח/ת יקר/ה

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הכיסוי שנתבע:

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח/ת. יש להקפיד למלא את כל הפרטים ולחתום במקומות הרלוונטיים.
2. מסמך רפואי מיום האירוע המתעד את התאונה שארעה.
3. מסמכים רפואיים נוספים המתעדים את אופן הפגיעה. במקרה בו מדובר בתאונה שארע בחו"ל יש להמציא תיעוד רפואי מחו"ל.
4. אישורי אי כושר עבודה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי.
5. אישור היעדרות ממקום העבודה ובמקרה של עצמאיים, יש להמציא אישור רו"ח על ירידה בהכנסות.
6. היסטוריה רפואית.
7. במקרה של תאונה שהיא גם תאונת דרכים יש להמציא אישור משטרה.
8. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

← בנוסף

שבר	1. פענוח שבר 2. צילומי רנטגן, CT או MRI
כוויות	1. אישור על קביעה מדרגה שנייה לפחות. 2. מסמך רפואי בגין היקף הכוויה באחוזים ביחס לשטח המעטפת הכוללת של הגוף.
אובדן/פגיעה בתפקוד נכות תמידית	מסמכים רפואיים המעידים כי נותרה נכות. במקרה של תאונת עבודה שהוכרה ע"י המל"ל יש להעביר פרוטוקול מל"ל מלא בדבר הנכות הצמיתה.
פיצוי ימי אשפוז	סיכומי אשפוז מבית חולים.
כיסויים נוספים כגון החזר אמבולנס והחזר הוצאות פיזיותרפיה וכו'	קבלות מקוריות בגין החזר ההוצאות ששולמו.
סיעוד	הערכה תפקודית שבוצעה למבוטח.
מוות כתוצאה מתאונה	1. תעודת פטירה. 2. הודעת פטירה.