

טופס תביעה - ניתוחים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - 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		פקס		איש קשר		
רחוב		מס'		מס' דירה		עיר		מיקוד		
שם קופת חולים		סניף		כתובת		שם הרופא המטפל				
שם מקום העבודה של בן/בת זוג		שם איש קשר לתביעה		נייד		טלפון נוסף				

ביטוחים נוספים			
שם החברה		שם התכנית	
שם החברה		שם התכנית	
שם החברה		שם התכנית	
שם החברה		שם התכנית	
<ul style="list-style-type: none"> האם הוגשה תביעה או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן 			
פרט את שמות הרופאים אליהם פנית בקשר עם הבעיה הרפואית בנושא התביעה			

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

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

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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.</p> <p>כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.</p>	
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה

דיווח על טיפולים רפואיים – למילוי על הרופא/ה

פרטי המבוטח/ת			
מס' פוליסה	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. נא 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. נא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית	
מתאריך	
האם האבחנה קשורה בתאונה? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> תאונת דרכים <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/>	מתאריך
4. נא פרטי/י מחלות וליקויים מהם סובל/ת המבוטח/ת	
מתאריך	
מתאריך	
מתאריך	
5. ממליץ/ה על <input type="radio"/> השתלה <input type="radio"/> טיפולים <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> אחר, פרטי/י	
6. מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח/ההשתלה? מתאריך	שם הרופא הממליץ

תאריך	חתימה וחותמת הרופא המנתח
-------	--------------------------

מבוטח/ת יקר/ה

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים מטה הרלוונטיים לסוג הכיסוי הנתבע.

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח/ת.
2. טופס דיווח על טיפולים רפואיים למילוי על ידי הרופא המטפל או לחילופין מכתב מהרופא המטפל העונה לשאלות המפורטות בטופס הדיווח על טיפולים רפואיים.
3. מסמכים רפואיים לרבות טפסי שחרור מבית חולים הכוללים אבחנה רפואית ומידע על ההיסטוריה הרפואית.
4. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

בנוסף

השתלות איברים באמצעות החברה

1. התכתבויות עם נציגי בית החולים ו/או הרפואיים בחו"ל - במידה והתקיימו.
2. המלצה של רופא מומחה בתחום לביצוע ההשתלה.
3. מסמכים וקבלות מקוריות להוכחת עלות הוצאות ההשתלה המוכרות על פי הפוליסה.

פיצוי בגין השתלה בחו"ל ללא מעורבות החברה

1. טופס שחרור מבית חולים בו בוצעה ההשתלה.
2. אישור מהמחלקה הרלוונטית בבית חולים בישראל על ביצוע ההשתלה.

פיצוי בגין השתלת איבר לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות

1. אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר.
2. אישור מהמחלקה הרלוונטית בבית חולים בישראל לפיו עדיין לא בוצעה השתלה.

גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה

1. טופס שחרור מבית חולים בו בוצעה ההשתלה.

טיפולים וניתוחים מיוחדים בחו"ל

1. התכתבויות עם נציגי בית החולים ו/או הרפואיים בחו"ל - במידה והתקיימו.
2. המלצה של רופא מומחה בתחום לביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל הכוללת התייחסות מפורטת לצורך בביצועם בחו"ל.
3. מסמכים וקבלות מקוריות להוכחת עלות הוצאות הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל המוכרות על פי הפוליסה.

ניתוחים בחו"ל

1. התכתבויות עם נציגי בית החולים ו/או הרפואיים בחו"ל - במידה והתקיימו.
2. המלצה של רופא מומחה בתחום לביצוע הניתוח.
3. מסמכים וקבלות מקוריות להוכחת עלות הוצאות הניתוח בחו"ל המוכרות על פי הפוליסה.