

הנחיות להגשת תביעת מחלות קשות

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בהתאם לסוג תביעתך כפי שמפורט בטופס.

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.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
- לתיבת דוא"ל: Tb@fnx.co.il.
- פקס: 03-7336946
- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה מסמך למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

טופס תביעה - מחלות קשות - למילוי על ידי המבוטח

מבוטח יקר, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים והקפד על מילוי כל הפרטים הנדרשים.

| פרטי המבוטח | | | | |
|--------------|---------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| מס' הפוליסה | שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | תאריך לידה |
| כתובת (מלאה) | | כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד) | | נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל) |
| שם איש קשר | | טלפון נייד של איש הקשר | שם מקום העבודה של בן/ת הזוג | טלפון נוסף |
| קופת חולים | סניף | כתובת | | שם הרופא המטפל |

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל או לחלופין דואר אלקטרוני.
נא סמן ב- ✓ את אמצעי התקשורת המועדף עלייך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: דואר ישראל דואר אלקטרוני.
 בהעדף סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
נא סמן ב- ✓ במידה והנך מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 אני מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 הנני מאשר לשלוח לסוכן הביטוח בפוליסה עותק מההתכתבויות הקשורות לתביעה.
 בעקבות הוראת הפיקוח, על המבוטח חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

| פרטי הכיסוי הנתבע | | | | |
|-------------------|--|--|-------|--|
| שם הכיסוי הנתבע | | | תאריך | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

אופן תשלום במקרה של החזר למבוטח (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

אני החתום מטה _____ בעל הפוליסה הנ"ל, מס' ת.ז. _____
 מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

| | | |
|--------------|--|-------|
| X | | |
| חתימת המבוטח | | תאריך |

טופס בקשה למידע רפואי ויתור סודיות

← פרטי המבוטח

| | | | |
|-------------|---------|----------|------|
| מס' הפוליסה | שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. |
|-------------|---------|----------|------|

← 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 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.

אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי 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.

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, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

* לתשומת ליבך, ישנם מוסדות המתנים את מסירת המסמכים הרפואיים, בקבלת וויתור על סודיות רפואית הכולל חתימה וחותרמת של עד מהימן, לרבות פרטיו המלאים (שם מלא + ת.ז. או מספר רישיון). עד מהימן יכול להיות: רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק. לכן ועל מנת לחסוך זמן, מומלץ להחתים עד העונה להתניה הנ"ל.

- במקרה של יורשים על היורשים יש לחתום בצירוף צו ירושה או צו קיום צוואה.

| | | |
|-------|---|--------------|
| תאריך | X | חתימת המבוטח |
|-------|---|--------------|

← במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:

| | | | | | |
|----------------|-------------------|-------|------|---|-------|
| פרטי האפטרופוס | שם פרטי ושם משפחה | תאריך | ת.ז. | X | חתימה |
|----------------|-------------------|-------|------|---|-------|

← במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפטרופוסים הטבעיים של הקטין):

| | | | | | |
|----------|-------------------|-------|------|---|-------|
| פרטי האם | שם פרטי ושם משפחה | תאריך | ת.ז. | X | חתימה |
| פרטי האב | שם פרטי ושם משפחה | תאריך | ת.ז. | X | חתימה |

← פרטי עד לחתימה (עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח - סמן בעיגול את התחום)

| | | | | | |
|----------|-------------------|-------|------|---|----------------------------|
| פרטי העד | שם פרטי ושם משפחה | תאריך | ת.ז. | X | חתימה + חותמת ומספר רישיון |
|----------|-------------------|-------|------|---|----------------------------|

דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי ע"י הרופא

| | | | |
|--------------------|---------|----------|------|
| פרטי המבוטח | | | |
| מס' הפוליסה | שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. |

| | | | | | | |
|---------------------------------|---------|--------|-----------|------|-------|-----|
| פרטי הרופא המטפל - קופ"ח | | | | | | |
| שם משפחה | שם פרטי | התמחות | טלפון | נייד | | |
| כתובת (רחוב) | בית | דירה | עיר/יישוב | ת.ז. | מיקוד | פקס |

נא ענה על כל השאלות

1. נא פרט מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח:

2. המבוטח בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש):
 ממתי סובל המבוטח מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך _____

3. נא פרט את ההסטוריה הרפואית של המבוטח

4. נא פרט מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח

| | | |
|--------|--|--|
| מתאריך | | |
| מתאריך | | |
| מתאריך | | |
| מתאריך | | |
| מתאריך | | |
| מתאריך | | |
| מתאריך | | |
| מתאריך | | |

הערות הרופא

| | | |
|-------|---------|-------------------|
| תאריך | שם רופא | חתימה וחותמת רופא |
|-------|---------|-------------------|

מסמכים נדרשים נוספים בהתאם לסוג המחלה ולתנאי הפוליסה

טופס דיווח על טיפולים רפואיים למילוי על ידי הרופא המטפל הרלוונטי (המצ"ב).

1. מסמכים נוספים בהתאם לתחום האירוע הרלוונטי (כמפורט בדפים 5-6).
2. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש כולל חתימה וחתומת העד לחתימה, חותמת ומספר הרישוי של העד, המצ"ב.
3. צילום קריא וברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.

בנוסף למסמכים אלו, נבקש להעביר אף 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 מעקפי לב, מסתמי לב או אבי העורקים

מכתב שחרור מבית החולים בעיקבות האישפוז.

התקף לב

1. סיכום אישפוז בו מופיעים הקריטריונים: כאבי חזה, שינויים בא.ק.ג ועליה באנזימים.
2. דו"ח א.ק.ג ותוצאות בדיקות מעבדה מבית חולים.

אי ספיקת כליות כרונית

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

שבץ מוחי

1. סיכום האישפוז בעיקבות השבץ מוחי.
2. ממצאי בדיקות הדמיה.

אלצהיימר

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

ניוון שרירים (ALS)

אבחנה רפואית של נזירולוג 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 נזירולוג מומחה המעידה על מחלת פרקינסון.

טרשת נפוצה

1. אישור נזירולוג מומחה.
2. ממצאי בדיקות MRI אופייניים למחלה.
2. יש לציין כי על התופעות הנזירולוגיות להתקיים במהלך 6 חודשים לפחות.

פוליו (שיתוק ילדים)

אבחנה רפואית של נזירולוג מומחה.

מחלת כבד כרונית סופנית

מסמכים המאשרים כי המחלה מתאפיינת בצהבת קבועה, מיימת, אנצפלופאתיה 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

1. אישור רפואי המאשר כי הזיהום נגרם במסגרת טיפול בבית חולים.
2. 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 קובע 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 נירולוג או מומחה לרפואה פנימית המעיד על פגיעה במערכת העצבים המרכזית.

עיוורון

אישור רפואי המעיד על איבוד כגמור ומוחלט של גושר הראייה בשתי העיניים.

אובדן דיבור

אישור רפואי המעיד על איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור כתוצאה מנזק פיזי 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.

גידול שפיר של המוח

מכתב שחרור מבית החולים.

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.

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.